

„Das Mentorenprogramm“.
Eine sozialpsychiatrische Studie
über die poststationäre Betreuung
psychiatrischer Patienten
durch Laienhelfer, sog. „Mentoren“

Sigfried Ascher



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554620_0091

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. H. Hippus

"Das Mentorenprogramm". Eine sozialpsychiatrische Studie
über die poststationäre Betreuung psychiatrischer Patienten
durch Laienhelfer, sog. "Mentoren"

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von:

Sigfried Ascher

aus

Schwaig

Jahr 1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. J. Kugler

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.05.1986

Meinen Eltern in Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
1.1 Allgemeine Aspekte der psychiatrischen Nachsorge mittels Laienhelfer	1
1.2 Historischer Überblick über den Einsatz von Laienhelfern in der Psychiatrie	9
1.3 Der Einsatz von Laienhelfern in der Pfalz-klinik Landeck und anderen psychiatrischen Krankenhäusern	14
1.4 Organisationen und Einrichtungen für psychisch Kranke außerhalb der BRD	16
2. Material und Methodik	17
2.1 Der Einsatz von Laienhelfern am Bezirkskran-kenhaus Günzburg und an der Ludwig-Maximilians-Universität München	17
2.2 Voruntersuchungen - Kriterien: Auswahl der Mentoren und Patienten	18
2.3 Supervision der Mentoren	19
2.4 Dauer der Nachbetreuung	19
2.5 Retrospektive Fragebogenuntersuchung	19
2.5.1 Patientenauswahl	20
2.5.2 Diagnosenauflüsselung nach ICD-Nummern	20
2.5.3 Fehlende Fragebögen	21
2.5.4 Kontrollgruppenauswahl	21
2.5.5 Diagnosenauflüsselung nach ICD-Nummern	22
2.5.6 Mentorenfragebogenrücklauf	22
2.5.7 Fragestellung der Untersuchung	23
2.5.8 Untersuchungsdurchführung	23
3. Ergebnisse und Besprechung der Ergebnisse	24
3.1 Patientengruppe	24
3.1.1 Auswertung der Fragebögen	24
3.1.2 Zusammenfassung der Patientenbefragung	29
3.2 Mentorengruppe (30 auswertbare Fragebögen)	31

	Seite
3.2.1 Fragebogenergebnisse	31
3.2.2 Resultat der Mentorenbefragung	37
3.3 Kontrollgruppe Patienten	39
3.3.1 Fragebogenergebnisse (25 ausgefüllte Fragebögen)	39
3.3.2 Besprechung der Ergebnisse	42
3.4 Antwortenvergleich Patienten-Mentoren	43
3.4.1 Ergebnisse	43
3.4.2 Zusammenfassende Besprechung der Ergebnisse der Antwortenvergleiche Patienten-Mentoren	47
3.5 Antwortenvergleich Kontrollgruppe Patienten-Mentoren	47
3.5.1 Ergebnisse	48
3.5.2 Zusammenfassende Besprechung der Ergebnisse der Antwortenvergleiche	49
4. Diskussion	50
4.1 Diskussion der bisherigen Meinungen in der Literatur und Schlußfolgerungen	50
4.2 Diskussion der Fragebogenergebnisse und Ausblick	53
4.2.1 Einige Anmerkungen zur technischen Ausführung	54
4.2.2 Positive Erfahrungen, kritische Abwägungen, Konsequenzen	54
4.2.3 Schwierigkeiten in der Nachbetreuungsphase, Konsequenzen	56
4.2.4 Diskussion der Fragebogenergebnisse unter Einbeziehung der Kontrollgruppe	57
4.2.5 Abschließende Beurteilung, Ausblick	62
5. Zusammenfassung	64
6. Literatur	68
7. Anhang	77

1) Einleitung:

1.1 Allgemeine Aspekte der psychiatrischen Nachsorge mittels Laienhelfer

Das Problem der sozialen Nachbetreuung der frisch entlassenen psychiatrischen Patienten ist hinreichend bekannt. Viele Schwierigkeiten und zusätzliche Belastungen ergeben sich aus inadäquaten, wenn auch oft unbeabsichtigten Reaktionen und Forderungen des gewohnten psychosozialen Umfeldes.

Die soziale Isolierung psychisch Kranker ist auch heute noch nicht überwunden (Siedow, 1964; Stamme, 1971), wobei Walther (1964) auf die Möglichkeiten der fürsorgerischen Betreuung verweist (vgl. auch Lindinger, 1965). Bauer et al. (1976) beklagen die schlechte Vorbereitung der Familien des Patienten bei Entlassung aus der Nervenlinik.

"Der Kontakt zwischen Ärzten und Angehörigen der Patienten könnte sehr viel enger sein als dies derzeit möglich ist, was zur Folge hätte, daß z.B. eine beabsichtigte Entlassung eines Patienten aus stationärer Behandlung besser vorbereitet und abgestimmt werden könnte auf die zu erwartende familiäre Situation" (Bauer et al., 1976, S. 293).

Viefhues (1961) klagt über die unzureichende Organisation der nachstationären Fürsorge, wenngleich die Bemühungen von verschiedenen Seiten in den letzten 20 Jahren erheblich verstärkt worden sind.

Die heutigen Möglichkeiten der poststationären Nachsorge sind vielfältig, von Gemeinschaftseinrichtungen wie Werkstätten, Tagesstätten, Wohngemeinschaften, Erholungsheime angefangen, bis hin zu Einzel- und Gruppenbetreuung durch Laienhelfer, um nur einige Beispiele anzuführen. Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Einrichtungen und privat organisierten Hilfseinrichtungen ist entscheidend für das Ziel, die Resozialisierung des psychisch erkrankten Patienten soweit wie möglich zu erleichtern (Bergener, 1975).

Die Möglichkeiten und Angebote in einem Standardversorgungsgebiet soll folgende Tabelle verdeutlichen (Alsen et al., 1981, S. 116)

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das V o r f e l d psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste
Allgemeine professionelle und nichtprofessionelle Beratung in den Bereichen: Sozialversicherung, Sozialarbeit
Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung

Beratungsstellen	praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin	psychosoziale Kontaktstellen	Fachärzte anderer Disziplinen
------------------	--	------------------------------	-------------------------------

Ambulante Dienste

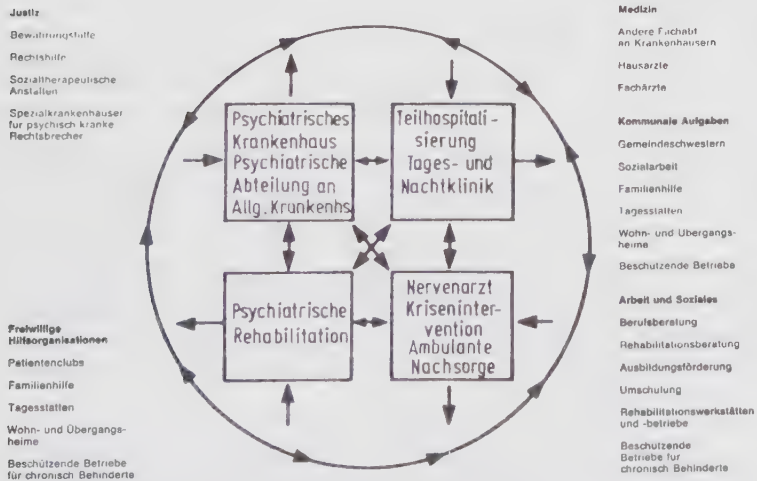
niedergelassene Nervenzärzte	niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeu- ten	Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern	niedergelassene psychologen (Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten)	psychosoziale Versorgungs- einrichtungen (in unterversorgten Gebieten)
---------------------------------	---	--	---	--

Ambulante Dienste an Krankenhaus- einrichtungen	Halbstationäre Dienste	Stationäre Dienste	Komplementäre Dienste	Spezielle rehabilita- tative Dienste	Dienste für Behinderte
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungs- zentren psychotherapeu- tisch/psychosoma- tische Poliklini- ken Fachambulan- zen	Tageskliniken u. Nachtkliniken Tageskliniken u. Nachtkliniken für besondere Patientengrup- pen	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkranken- häusern psychotherapeu- tisch/psychosoma- tische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern gerontopsychia- trische Abteilung Einrichtungen für psychisch kranke alte Menschen	Übergangsheime Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen Beschützende Wohngruppen und Wohnungen familienpflege Tagesstätten Patientenclubs Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach- behinderte	Werkstätten für Behinderte Beschützende Arbeitsplätze	Einrichtung zur Früherkennung Frühd Diagnose und Frühbehandlung Sonderkinder- gärten Sonderschulen Sonderklassen Wohnangebote Bildungs-, Freizeit- stätten

Der Laienhelfer ist in dieser Skizzierung namentlich nicht erwähnt, er ist jedoch unter der Rubrik "komplementäre Dienste" einzugliedern. C. Kulenkampff (1975) betont die unbedingte Notwendigkeit der gegenseitigen Zusammenarbeit der einzelnen Dienste untereinander.

Die Wechselbeziehungen der verschiedenen Einrichtungen untereinander legt das Schema nach Finzen (entnommen: Bauer et al., 1976, S. 282) dar.

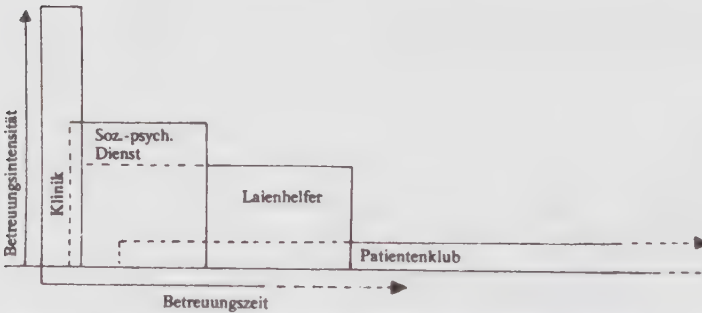
Es trägt die Bezeichnung "schematische Darstellung eines psychiatrischen Gemeindezentrums und seiner Verflechtung mit anderen medizinischen und sozialen Bereichen" mit der Überschrift: "Spezielle Behandlungs- und Versorgungstechniken"



Es gibt also eine Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen; sie müssen im Einzelfall entsprechend gewählt und eingesetzt werden (Rose, 1969; Häfner, 1964). Der Laienhelfer findet in dem Schema seine Einordnung bei den freiwilligen Hilfs-

organisationen, wobei er jedoch nicht in jedem Fall einer Organisation angehören muß. Es zeigt sich, daß eine sehr enge Beziehung und gegenseitige Abhängigkeit unter den verschiedenen Bereichen besteht. Im Idealfall sollte eine enge Rückkoppelung untereinander bestehen. Der Laienhelfer ist ein kleines Glied in der Kette, das aber im Einzelfall stark in Erscheinung treten kann.

Die nächste Abbildung zeigt die Intensität der Betreuung psychiatrischer Patienten in Beziehung zur Betreuungszeit (Entwurf stammt aus den Empfehlungsrichtlinien des Landkreistages Baden-Württemberg zum Ausbau der außerklinischen psychiatrischen Versorgung, entnommen: Winterfeld v., 1982, S. 14).



Danach stellt sich der Betreuungsaufwand in der Klinik am höchsten dar, im Patientenclub am geringsten. Zwischen Laienhelfer und sozialpsychiatrischem Dienst besteht eine enge Verbindung, genauso zwischen Klinik und sozialpsychiatrischem Dienst; der Laienhelfer beginnt seine ersten Betreuungsfunktionen ebenfalls bereits in der Klinik, bzw. bei Langzeitpatienten mit Patenschaften erstreckt sich die Arbeit überwiegend intramural.

Zutreffend beschreibt Klostermann (1978, S. 117) die Aufgabe der Laienhelfer, wonach diese dort anfangen, "wo die therapeutischen Programme im allgemeinen enden, wo Probleme des Alltags auftreten und realitätsgerecht bewältigt werden müssen". Der Laienhelfer unterstützt den Alltag zu ertragen, springt dort ein, wo Familie und Umwelt nicht helfen können oder wollen. G.v. Gans (1980), eine über zehn Jahre in der

Nachsorge erfahrene Laienhelferin und Zeller (1982) weisen darauf hin, daß die Anforderungen im gewöhnlichen Leben, in der Familie, im Freundeskreis am häufigsten Schwierigkeiten für psychisch kranke Menschen bereiten. Der Laienhelfer kann hier besonders gut seine Neutralität als "erster Freund" und Vertrauensperson einsetzen, um die Problemlösung voranzutreiben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man in den USA (Thebrath, 1978, S. 50). Nach Porter (1975) kennt der Laie die Bedürfnisse der Gemeinde am besten. Sicherlich mag der Erfolg auch von der Motivation des einzelnen Helfers abhängen (Seidl, 1982; Marckwort, 1975), aber der Laienhelfer kann in der Soziotherapie eine führende Rolle übernehmen (Bosch, 1967).

Pörksen (1974), Rüther (1971) und Gastpar (1971) sowie Bakony (1975) erwähnen insbesondere auch den Patientenclub als wesentliche Ergänzung in der Spätphase der Rehabilitation, in der Wiedereingliederung des psychisch Kranken in seine Umwelt. Pörksen (1974) bemängelt das Fehlen an genügend Übergangseinrichtungen zwischen Klinik und draußen und fordert eindifferenziertes Nachsorgeprogramm durch die Klinik. Dabei muß die Kommunikation zwischen hauptamtlichen und freiwilligen Helfern sowie eine entsprechende Anleitung und permanente Supervision gewährleistet sein.

Wing (1968) weist auf die Bedeutsamkeit der Aktivitäten zu Hause und der familiären Beziehungen für den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen hin.

W.v. Baeyer (1966) betont die höheren Erfolgsquoten der beruflich-sozialen Rehabilitation bei Schizophrenen bei zusätzlichen sozialpsychiatrischen Maßnahmen ("Fürsorgerische Nachsorge") zur Pharmakotherapie. Ähnliche Ergebnisse beschreibt Cooper (1975).

Eine amerikanische Studie, die sich mit der langfristigen Pharmako- und Soziotherapie bei Schizophrenen beschäftigt, zeigt, daß eine Kombination von Pharmako- und Soziotherapie eine signifikante Verbesserung der Rückfallhäufigkeiten im

Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie erreichen kann (Hogarty, 1980).

Katschnig und Konieczna (1985) berichten über Studien in den USA und Großbritannien, wo zur üblichen Psychopharmakotherapie eine familienbezogene Zusatztherapie durchgeführt wurde (Goldstein und Kopeikin 1981 in Los Angeles, Falloon und Mitarbeiter 1982 ebenfalls in Los Angeles, Anderson, Hogarty und Reiss 1980 in Pittsburgh; Leff und Mitarbeiter 1982 in London).

Die Familienangehörigen wurden in Seminaren über den Umgang mit schizophrenen Patienten geschult, wobei folgende Punkte zur Berücksichtigung kamen (vgl. Katschnig, Konieczna, S. 1762):

1. "Über- und Unterstimulierung des Patienten vermeiden";
2. "sich vom Patienten distanzieren ohne ihn zurückzustoßen";
3. "bei bizarrem und destruktivem Verhalten eindeutige Grenzen setzen";
4. "vermeiden, daß das Familienleben durch den Patienten und seine Krankheit dominiert wird";
5. "Verhaltensänderungen des Patienten direkt verlangen und nicht über den Weg der Kritik";
6. "zufriedenstellende Kontakte mit anderen Menschen aufbauen";
7. "mit Familien anderer Patienten Erfahrungen austauschen".

Nach Katschnig und Konieczna (1985) stellte sich bei den Studien von Goldstein und Kopeikin in Los Angeles heraus, daß Patienten, die in dieser Form betreut wurden eine deutlich niedrigere Rückfallrate hatten als Vergleichsgruppen, wobei es sich hier in der Mehrzahl (70%) um Patienten mit dem

ersten psychotischen Schub handelte. Die andere Gruppe (Hogarty et al.) in Pittsburgh konnte ähnliche Erfolge bei chronisch Kranken erzielen; sie entwickelte ein detailliertes Vierstufenprogramm, das den Familienangehörigen den richtigen Umgang mit den chronischen Patienten lehren sollte.

Ähnlich gute Erfolge berichten Leff und Mitarbeiter in London, 1982, die auf Forschungsarbeiten von Brown und Mitarbeitern (1972) zurückgriffen und ihre Erkenntnisse an schizophrenen Patienten einsetzten (Katschnig, Konieczna, 1985). Falloon und Mitarbeiter (1982) gaben ebenfalls an, durch die verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Familientherapie, die sich über einen Zeitraum von neun Monaten erstreckt, eine erhebliche Senkung der Rückfallquote zu erreichen (Katschnig, Konieczna, 1985).

Im deutschen Sprachraum wurde durch v. Cranach (1981) eine kontrollierte Studie durchgeführt. Hier gab es keine Senkung der Rückfallquote, jedoch war die Lebensqualität der nachbetreuten Gruppen eindeutig höher (Katschnig, Konieczna, 1985).

Im Geleitwort der Broschüre "Laienhilfe in der Psychiatrie" schreibt der damalige Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit Antje Huber (1978): "Die Versorgung psychisch Kranker der Bevölkerung ist ohne die Mitarbeit von Laienhelfern nicht zu denken. Im Vordergrund der Hilfe muß nur immer das Bestreben stehen, den geistig und seelisch Gefährdeten, Kranken oder Behinderten zu helfen, die Isolierung in Anstalten oder Heimen zu durchbrechen, aber auch seine schwierige Situation in Familie und Nachbarschaft sowie am Arbeitsplatz zu entschärfen".

Die Aktualität des Themas "Laienhilfe in der Psychiatrie" und das große Interesse in der Bevölkerung wurde durch einen Beitrag in der Fernsehsendung "Gesundheitsmagazin Praxis"

des ZDF am 04. Oktober 1982 bestätigt (vgl. Schreiben des "Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.", v. Oktober 1982, siehe Anhang). Das Dritte Programm des Bayerischen Fernsehen befaßte sich am 09. Juli 1985 im Rahmen der Sendereihe "Die Sprechstunde" ebenfalls mit dem Thema "Laien Helfer in der Psychiatrie".

Bei vielen Vorteilen der Laienhilfe in der Psychiatrie, sollten auch die Gefahren und Grenzen nicht unerwähnt bleiben. Über-eifer, unkontrollierte Psychotherapie, Störung der klinischen Bemühungen, eigene Fehleinschätzung, dadurch nicht rechtzeitige Einschaltung eines Fachmannes (Arzt, Klinik, Sozialarbeiter etc.) können die Bemühungen ins Gegenteil verkehren (Finzen et al., 1970; Marckwort, 1975; Mechanic, 1975).

Jedem einzelnen Helfer sollten seine Grenzen stets klar sein, was durch eine ständige Supervision auch möglich scheint. Der ideale Laienhelfer sollte nach Alsen et al. (1981, S. 134, 135) folgende Eigenschaften aufweisen: "Fähigkeit zur Selbstkritik, Einsicht in die eigenen Grenzen, Einfühlungsvermögen und menschliche Wärme, unbedingte Ehrlichkeit, Unabhängigkeit von öffentlicher Meinung, Wahrung der Schweigepflicht, taktvoller Umgang, Bereitschaft zur Teamarbeit".

Ungeeignet sind Personen, "die eigene Defizite durch Laienhilfe abdecken wollen (Einsamkeit und mangelnde Freizeitinitiative), die hohe Belohnungs- und Erfolgserwartungen haben (Dankbarkeit, Anhänglichkeit), die vordergründig politisch engagiert sind und mit Hilfe der Kranken die Gesellschaft verändern wollen, die unpünktlich, unzuverlässig sind und nur kurzfristig mitarbeiten können, die dauernd oder vorübergehend seelisch nicht belastbar sind, die keine Geduld zu kleinen Schritten haben und schnelle Erfolge sehen wollen".

Ein besonderes Problem in der poststationären Nachsorge stellt die berufliche Rehabilitation dar (Gleiss et al., 1973). Da nach neuesten Angaben (Will, 1985) etwa 80 Prozent! nach der Klinikentlassung arbeitslos sind, was für die soziale Wiedereingliederung ein großes Hindernis darstellt, gilt es die Bemühungen über den Sozialdienst, wobei n. Thebrath (1980, S.33) der Laien-

helfer vermittelnd tätig werden kann, anzukurbeln.

Die poststationäre Nachsorge psychiatrischer Patienten durch Laien wird bei uns wesentlich geprägt durch die Initiativen der psychosozialen Hilfsvereine. Somit ist die Geschichte der Laienhelfer in der Psychiatrie vor allem durch die Gründungen und Arbeit der psychosozialen Hilfsvereine gekennzeichnet.

1.2 Historischer Überblick über den Einsatz von Laienhelfern in der Psychiatrie.

"Die Cultur eines Volkes ist nicht allein nach dem Umfange seines Wissens, nach dem Reichthum der Kenntnisse zu bemessen, die es auf dem Gebiet der Politik, der Künste, des Handels und der Industrie verwerthet, - sondern auch nach seinem sittlichen Streben, nach der Art und Ausdehnung, in welcher es seine socialen und nationalen Pflichten erfüllt. Zu diesen Pflichten gehört, ganz in Uebereinstimmung mit den Lehren der christlichen Religion, die Fürsorge für die Armen, Hülflösen und Kranken, und ein Volk wird um so mehr Gebrechen des körperlichen und geistig-moralischen Elends werththätig und helfend sich annehmen, - als es begreift, dass dieselben vielfach in ihm selbst wurzeln, dass es sociale Uebel sind, für welche das leidende Individuum nur zum Theil oder gar nicht verantwortlich ist. Durch Gründungen von Hilfsvereinen für Irre macht die Gesellschaft pflichtmässig möglichst wieder gut, was sie selbst verbrochen hat, und folgt gleichzeitig dem Gebote der Klugheit und Selbsterhaltung".

Dieses über 100 Jahre alte Zitat stammt von Brosius, dem Leiter einer "Privatirrenanstalt", und beinhaltet bereits social-psychiatrische Gedanken, wie sie auch heute noch aktuell sind (Brosius, 1876, zit. n. Thebrath, 1978, S. 18).

Die ersten Hilfsvereine für psychisch Kranke wurden bei uns im 19. Jahrhundert gegründet. Die Frage, wieso nicht früher, läßt sich vielleicht aus der Geschichte der Psychiatrie beantworten.

Nach dem Untergang des Römischen Reiches entfernte man sich wieder vom naturwissenschaftlichen Denken in der Psychiatrie, Hexerei und Besessenheit wurden den Kranken angelastet, die durch Folterung, Teufelsaustreibung und Verbrennung am Scheiterhaufen "behandelt" wurden.

Teilweise wurden Geisteskranke auch gemeinsam mit Kriminellen in Zucht-, Korrektions-, Arbeits- oder Tollhäuser hinter Schloß und Riegel verbannt, insbesondere im Zeitalter des Absolutismus (Bauer et al., 1976).

Nur gelegentlich nahmen sich kirchliche Einrichtungen der "Irrenfürsorge" an (Alsen et al., 1981). Erst mit Beginn der wissenschaftlichen Medizin im 19. Jahrhundert kam auch die Wende in der Psychiatrie. Es wurden die ersten psychiatrischen Krankenhäuser eingerichtet (Haase, 1976; Fischer-Homberger, 1976). In Wien wurden 1784, veranlaßt durch Josef den Zweiten, mehrere Stiftungen zu einer Krankenanstalt zusammengeschlossen, wo Geisteskranke erstmals als Kranke angesehen wurden. In Frankfurt wurde 1785 das "Tollhaus" in ein Hospital umgewandelt (Alsen et al., 1981). Das erste "Irrenhaus" wurde in Deutschland in Bayreuth 1805 eröffnet; das Gebäude diente vorher als Zuchthaus (Jetter, 1971; Alsen et al., 1981; Roback, 1970). Noch im gleichen Jahr ahmte es Bamberg nach und errichtete in dem alten Kloster St. Getreu ein "Irrenhaus" (Jetter, 1971).

In der Zeit von 1800 bis 1860 wurden insgesamt 76 psychiatrische Krankenhäuser neu errichtet und weitere 18 Altbauten in Krankenhäuser umgewandelt (Alsen et al., 1981).

1829 wurde der erste Hilfsverein im deutschsprachigen Raum von Lindpaintner, dem Leiter des Korrektionshauses Eberbach in Hessen-Nassau gegründet. Ernante sich "Verein zur Beaufsichtigung und Unterstützung der aus dem Korrektions-, Zucht- und Irrenhaus entlassenen Individuen im Herzogthum Nassau" (zit. n. Thebrath, 1980, S. 47).

Ziel dieses Vereins war den aus den genannten Anstalten entlassenen Leuten bei der Wohnung- und Arbeitssuche sowie gegebenenfalls finanziell behilflich zu sein. In der Satzung hieß es: "Hülfbedürftigen, welche aus dem Irrenhaus als hergestellt austreten, ein angemessenes Unterkommen zu verschaffen und sie mit Rath, Verwendung- und wenn es erforderlich ist, auch mit Geldmitteln zu unterstützen" (zit. n. Waubke, 1981, S. 58).

Dieser Hilfsverein hatte 1831 bereits 1210 (!) zahlende Mitglieder und 211 Patrone. Die Patrone, später als Vertrauensmänner bezeichnet, betreuten die entlassenen Patienten nach den obengenannten Zielen und versuchten zudem Vorurteile gegenüber psychisch Kranken bei der Bevölkerung abzubauen, sowie ihre Klienten bei einem Rückfall möglichst schnell einer ärztlichen Behandlung zuzuführen.

1859 erschien in der ersten Ausgabe der Zeitschrift "Der Irrenfreund" ein Appell von Brosius zur Gründung von Hilfsvereinen. In den Jahren danach kam es zu einer Reihe von Vereinsgründungen. Sie alle setzten sich mehr oder weniger dasselbe Ziel, die Resozialisierung. Beispielhaft dafür ist das Aufforderungsschreiben des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg dem Verein beizutreten (1897), es lautete: "Hierbei mag wohl erwogen werden, wie schwer so vielen entlassenen Anstaltspfleglingen die Rückkehr in das bürgerliche Leben wird, wie sie - von allen Mitteln entblößt - bei ihrer Entlassung aus der Anstalt oft elender und unglücklicher sind als zuvor, mit welchem Argwohn nicht selten solchen Leuten außerhalb der Anstalt begegnet wird und wie schwer es ohne Zuthun Dritter für sie ist, irgendwelche Stellung mit Verdienst wieder zu erlangen. Ganz besonders aber mag ins Auge gefaßt werden, wie groß oft die Not zu Hause ist, wenn ein Familienmitglied in Folge geistiger Erkrankung der Anstalt übergeben werden muß. In allen diesen Fällen wird der Verein in der freudigen Lage sein, helfend und schützend einzugreifen und er wird in Erfüllung seiner Zwecke ganz besonders die öffentliche Armenfürsorge ergänzen, beziehungsweise in

vielen Fällen dieselbe von vornherein verhüten können" (zit. n. Siedow, 1964, S. 220).

Ähnlich der "Schlesische Hilfsverein für Geisteskranke", der sich mit "Rath und That" für entlassene Patienten einsetzte (Thebrath, 1980, S. 49).

Anfang des 20. Jahrhunderts trat eine gewisse Stagnation ein, wenngleich die Initiativen der einzelnen Vereine groß waren. Die größte Mitgliederzahl konnte der "Hilfsverein für Geisteskranke" in der Rheinprovinz aufweisen, 1929 hatte er 27850 Mitglieder. 1929 bereits schlossen sich einige Hilfsvereine zusammen, mit dem Ziel die Schlagkraft gegenüber Behörden und Ämtern zu erhöhen, sowie eine effizientere Arbeit zu erreichen.

In der Zeit des Nationalsozialismus mußte 1935 der Verein seine Arbeit einstellen.

Neben der Tätigkeit der Hilfsvereine gab es auch von Seiten der Kliniken Initiativen, die poststationäre Versorgung zu verbessern. Erste Ansätze fanden sich bei Griesinger um 1860, welcher durch seine "Stadttasyle" eine gemeindenahе Psychiatrie betrieb. Roller setzte sich 1874 in seinen "Psychiatrischen Zeitfragen" für den "Ausbau einer Lokalversorgung bei psychiatrischen Patienten ein (zit. n. Lange, Geiger, Mucha, 1969, S. 73). Auch Bleuler forderte bereits 1902 eine "organisierte Frühentlassenen-Fürsorge" (Lange, Geiger, Mucha, 1969, S.73). Er beschrieb ihr Wesen folgendermaßen: "Die offene Fürsorge besteht ihrem Wesen nach in der individuellen Wahrnehmung des einzelnen Kranken und seiner vielfältigen sozialen Besonderheit" (zit. n. Lange, Geiger, Mucha, 1969, S. 73). Roemer (1927) und Faltlhauser (1927, S. 184) sprachen sich für freiwillige Mitarbeit in der poststationären Nachsorge aus, um, wie Roemer meint, in der Öffentlichkeit Verständnis für psychisch Kranke zu erwecken. Dabei setzte er sich für die Gründung von Hilfsvereinen stark ein. Die praktische Verwirklichung fand erstmals zwischen 1908 und 1911 in Lutzenberg statt, wo Kolb das "Erlanger System" einführte (Faltlhauser, 1927, S. 21; Lange, Geiger, Mucha, 1969).

Er setzte z.B. Fürsorgeschwestern ein, die unter seiner Leitung die entlassenen Patienten weiterbetreuten. In der gleichen Zeit wurden in Berlin (Hasse, 1927) und im Gelsenkirchener Raum (Wendenburg, 1927) poststationäre Fürsorgemaßnahmen im größeren Umfang durchgeführt. Wendenburg (1926, 1929), der sich ausführlich mit den verschiedenen Formen der Fürsorge (Mutter-, Säuglings-, Geisteskrankenfürsorge u.a.) befaßte, stellte die Aufgaben der Fürsorge in folgende Punkte zusammen:

- "1. Vereinfachung der Anstaltsaufnahme,
2. Beschleunigung der Anstaltsaufnahme,
3. gleichmäßige Prüfung der Notwendigkeit der Anstaltsaufnahme und der Eignung der vorgeschlagenen Anstalt,
4. Vorbereitung der Frühentlassung (Vermeidung der Hospitalisierungsschäden),
5. Möglichkeit von Beurlaubungen unter Kontrolle der Fürsorgeorgane,
6. regelmässige Korrespondenz mit der Anstalt über das Befinden des Patienten,
7. Vermittlung zwischen Anstalt und Angehörigen des Patienten,
8. Aufklärung und Beeinflussung der Angehörigen,
9. Beaufsichtigung der entlassenen Kranken,
10. Beratung und Beaufsichtigung aller nicht anstaltspflegebedürftigen Kranken" (zit. n. Lange, Geiger, Mucha, 1969, S. 75).

Die Fürsorge ist hier nicht allein auf die Nachbetreuung beschränkt, sie wirkt ebenso bei der Erfassung und Klinikzuführung psychiatrischer Patienten mit.

Nach und nach wurden in verschiedenen Städten wie z.B. in Köln, Frankfurt, Leipzig, Mannheim u.a. Fürsorgestellen eingerichtet (Schneider K., 1927; Raecke, 1927; Schneider, R., 1927, Fischer, 1927).

Im Reichsfürsorgengesetz von 1924 wurden die psychiatrischen Fürsorgemaßnahmen gesetzlich verankert. Wie auch die

Initiativen der Hilfsvereine während des Dritten Reiches abgebaut werden mußten, so kamen auch die Maßnahmen seitens der Kliniknachsorge zum Erliegen.

Nach Kriegsende blieb es lange still, 1958 liefen in Hannover mit dem "Lebensdienst e.V." die ersten Aktivitäten wieder an. 1964 setzte der Psychiater Kluge (1980), der auf Java die familiäre Betreuung psychiatrischer Patienten kennenlernte, freiwillige Laienhelfer ein (Heilbronn und Weinsberg).

Der große Aufschwung setzte Ende der sechziger Jahre ein (Schöck, 1980; Thebrath, 1980, S. 52), wo es zu Gründungen von regionalen Arbeitskreisen und Hilfsvereinen kam. 1973 gab es ca. 2800 Laienhelfer in der Psychiatrie (Thebrath, 1980, S. 53).

Im Mai 1975 wurde der "Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V." in der BRD gegründet, dem Ende 1980 54 Hilfsvereine angehörten. Insgesamt gibt es heute weit über 100 Vereine, die sich um psychisch Kranke kümmern (Waubke, 1981).

Neben den Initiativen der Hilfsvereine, gehen auch Kliniken dazu über, von sich aus Laienhelfer einzusetzen.

1.3. Der Einsatz von Laienhelfer in der Pfalzlinik Landeck und anderen psychiatrischen Krankenhäusern

H.J. Haase (1977) versucht in der Pfalzlinik Landeck auf verschiedene Weise mit Laienhelfern zu arbeiten.

Neben der Vergabe von Patenschaften bei Langzeitpatienten (vgl. auch Rupp, 1982) und gemeinsamen Freizeitveranstaltungen läßt er seit 1975 entlassene psychiatrische Patienten, ausgenommen Alkohol- und Suchtkranke, durch Laien nachbetreuen, um somit Gemeindenähe zu erreichen (vgl. auch Huber, 1972; Haase, 1978; Kohlscheen, 1975; Tacke, 1975).

Durch die enge Zusammenarbeit mit den Pfarrern, Wohlfahrtsverbänden und Sozialarbeitern versucht er sein Ziel, in jeder

noch so kleinen Gemeinde Laienhelfer zur Verfügung zu haben, zu erreichen.

Die Aufgabe besteht darin, die "Kluft zwischen Klinik und niedergelassenen Arzt zu verringern, Mitmenschlichkeit zu vermitteln", sowie gegebenenfalls die Leute entsprechenden Einrichtungen (Ärzte, Krankenhaus, Sozialarbeiter) zuzuweisen (Haase, 1977, S. 47).

Zum Bedürfnis nach Nachsorge legt Haase (1977) folgende Zahlen vor:

Von 1350 befragten Patienten (jeder erhielt vorab eine schriftliche Aufklärung über den Zweck der Nachbetreuung, s. Anhang), wünschten 560 (ca. 41.5%) Laienhilfe, entweder in Form von Einzelbetreuung (Mehrzahl) oder durch Teilnahme an Patientenclubveranstaltungen oder beides. Vier Fünftel wünschten sich durch Laien aus der Pfarrgemeinde betreuen zu lassen, ein Fünftel durch Mitarbeiter von Wohlfahrtsverbänden.

In einer ersten Überprüfung mittels Fragebogen antworteten etwa ein Viertel der Angeschriebenen. Davon erhielten etwa ein Drittel Besuch durch Laienhelfer. Von den Besuchten äußerten sich etwa zwei Drittel sehr positiv über die Laienhilfe.

Bei dieser ersten Studie von Haase (1977) ist jedoch festzuhalten, daß der Wunsch nach Laienhilfe fast bei jedem zweiten Patienten vorhanden ist, und daß bei entsprechendem Einsatz und Organisation diese Art der Nachbetreuung in der poststationären Phase von Seiten der Patienten überwiegend positiv beurteilt wird.

Auch in anderen psychiatrischen Kliniken werden Laienhelfer mit Erfolg in die therapeutischen Bemühungen integriert. In Tübingen setzen Finzen et al. (1970, 1971) seit 1967 Studenten an der Universitäts-Nervenklinik ein. Am Rheinischen Landeskrankenhaus in Düsseldorf arbeiten seit 1969 Laienhelfer (Kulenkampff A., 1971).

Marckwort (1975) arbeitet mit Bürgern aller Berufe seit 1971 in Bonn am Rheinischen Landeskrankenhaus (Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie) zusammen. Die Besonderheit der dort praktizierten Laienhilfe liegt darin, daß es hier vorallem um die Betreuung während des stationären Aufenthaltes geht, wenngleich bei Finzen et al. (1970) mittels eines Patientenclub eine bedingte Nachbetreuung erfolgt. Desweiteren berichten Finzen et al. (1970) über nicht studentische Gruppen in Heidelberg, Weißenau/Ravensburg und einer Studentengruppe am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Emmendingen bei Freiburg.

1.4 Organisationen und Einrichtungen für psychisch Kranke außerhalb der BRD

Eine Besonderheit stellt die "Mental-Health-Bewegung" dar, die 1908 von Beers in den USA gegründet wurde und sich in späterer Zeit weltweit ausdehnte (Thebrath, 1978, S. 30; Ehrhardt, 1981). Im Rahmen dieser Bewegung wurden insbesondere in den USA viele freiwillige Helfer für die psychiatrische Nachsorge gewonnen (Reimann, 1976). Kolb (1927) berichtet, daß sich die "offene Fürsorge" für psychiatrische Patienten in den USA bereits sehr gut entwickelt hätte. Die Bemühungen einer psychiatrischen Nachsorge in verschiedensten Formen waren in den zwanziger Jahren in ganz Europa zu spüren (Kolb, 1927). Nach Springam (1959) gab es in den USA 1959 bereits 43000 Laienhelfer. Die Arbeit bestand dabei nicht nur in der Nachbetreuung nach Klinikentlassung, sondern sie wirkten auch schon während des stationären Aufenthalts in der Betreuung mit (Finzen, Pörksen, Roesger, 1970). Die Erfolge der Laienarbeit in den USA gehen, wie Berichte von Greenblatt und Kantor (1962) sowie Sobey (1970) zeigen, dahingehend, daß in Bezug auf die stationäre Phase eine gewisse Lockerung im Stationsleben sowie teilweise eine Verkürzung des Aufenthalts erreicht wird.

Umbarger et al. (1962) beschreiben den Einsatz von "Mental--Health"-Fachleuten, Studenten der Bostoner Universität, die sich freiwillig um entlassene psychiatrische Patienten kümmerten. Auch Mechanic (1975) berichtet über Erfolge und

Gefahren durch Laienhelfer in der Psychiatrie. Er charakterisiert sie als "sympathische Beziehungspersonen", die aus demselben sozialen Umfeld kommen müssen und somit geeignet seien, die Sprache und die sozialen Anliegen des Entlassenen zu verstehen.

Pörksen (1974) schreibt von einem "Massenansturm" in den sechziger Jahren in den USA; konkret weist er auf über 100 Studenten in Massachusetts hin, die im psychiatrischen Dienst tätig waren, um als Kontaktperson bzw. Clubmitglied als Bindeglied zwischen Klinik und Umwelt zu fungieren.

Kluge (1980), der seit 1964 mit Laienhelfern in der BRD arbeitet, berichtet über den zusätzlichen Einsatz von Zehntausenden von Freiwilligen in den USA und England neben den Sozialarbeitern (vgl. auch Goldberg, 1973).

Klostermann (1978) weist ebenso darauf hin, daß in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern die Laienmitarbeit in der Psychiatrie schon längere Zeit praktiziert wird. In England und Frankreich gibt es Initiativen von Eltern und Angehörigen psychisch Kranker, wie die "Union des familles de malades mentaux - unafam -" in Frankreich oder England die Organisation "National Schizophrenia Fellowship" (Schulte, Tölle, 1979).

In der DDR werden seit 1956 Fürsorgerinnen eingesetzt. Lange, Geiger, Mucha (1969) beschreiben die Aufgaben der "psychiatrischen Gesundheitsfürsorgerin" in der Nachsorge psychiatrischer Patienten dahingehend, daß sie als "Bindeglied" zwischen psychiatrischem Krankenhaus, Angehörigen, Arbeitsplatz, Behörden und gesellschaftlichen Organisationen wirken soll. Sie wird als "therapeutisch-rehabilitative Erfüllungshilfe des Psychiaters" bezeichnet (Lange, Geiger, Mucha, 1969, S. 81).

2. Material und Methodik

2.1 Der Einsatz von Laienhelfern am Bezirkskrankenhaus Günzburg und an der Ludwig-Maximilian-Universitätsklinik München

Im Bezirkskrankenhaus Günzburg wurde aufgrund von Anregungen

seitens einer Patientengruppe einer offenen Frauenstation am 1.1.1979 begonnen, Laienhelfer, sogenannte "Mentoren" für die Nachsorge entlassener Patienten einzusetzen.

In München wurden ab 1.7.1979 an der Nervenlinik der Ludwig-Maximilian - Universität in gleicher Weise Mentoren eingesetzt.

2.2 Voruntersuchungen - Kriterien: Auswahl der Mentoren und Patienten

Grundsätzlich wurden Patienten sämtlicher psychiatrischer Krankheitsbilder über die Möglichkeit einer Zuweisung eines Mentors einige Zeit vor der beabsichtigten Entlassung informiert.

Dabei wurde dem Patienten in einem Einzelgespräch hinreichend Aufklärung erteilt.

Wollte der Patient das Angebot wahrnehmen, so konnte im zweiten Schritt eine Person seines Vertrauens benannt werden, die als Mentor in Frage käme. Mit dieser Vertrauensperson wurde ein Informationsgespräch mit kritischer Prüfung durchgeführt. Stellte sich im Laufe des Gesprächs heraus, daß die betreffende Person als Mentor geeignet erschien, erfolgte eine ausführliche Einweisung in die Aufgaben und Pflichten beim Umgang mit entlassenen psychiatrischen Patienten.

Es wurde dabei besonders darauf hingewiesen, daß die Unterstützung des Patienten zur Wiederaufnahme der von ihm gewünschten sozialen Kontakte nicht zu einer Bevormundung oder gar Überwachung des Betreuten führen dürfe. In keinem Falle sollte eine unkontrollierte Psychotherapie durchgeführt werden.

Um diese Kriterien zu gewährleisten, wurden nur sozial gefestigte Personen ausgewählt, die nach Möglichkeit nicht in häuslicher Gemeinschaft lebten. Am Schluß des Gesprächs wurde dem neuen Mentor noch ein Informationsblatt zum "Mentoren-Programm" ausgehändigt (vgl. Anhang).

2.3 Supervision der Mentoren

Um eine Kontrolle über Erfolg oder Mißerfolg sowie auftauchende Schwierigkeiten und Fragen zu erreichen, wurden die Mentoren gebeten, sich im Abstand von vier bis sechs Wochen nach der Entlassung schriftlich oder telefonisch zu melden. Etwa zwei Drittel der Mentoren hielten sich an die Abmachung.

2.4 Dauer der Nachbetreuung

Angesichts der Tatsache, daß die Umstellungsphase von der Klinik ins Privatleben in der Regel ein bis zwei Monate dauert, sollte die Betreuungsdauer zwischen vier und acht Wochen betragen.

2.5 Retrospektive Fragebogenuntersuchung

Ab Frühjahr 1981 wurde nach Beendigung der Erkundungsphase begonnen, eine retrospektive Fragebogenuntersuchung (Battegay et al., 1977) bei den ehemaligen Patienten und Mentoren durchzuführen. Zunächst war geplant, die ehemaligen Patienten und Mentoren persönlich aufzusuchen, um Vorort die Fragen durchzugehen (vgl. erstes Anschreiben v. Februar 1981, s. Anhang). Wegen der teilweisen großen Entfernungen und aus zeitlichen Gründen insbesondere bei den Mentoren gingen wir davon ab und versandten ab April 1981 die Fragebögen mit entsprechendem Anschreiben (s. Anhang) und Einverständniserklärung. Wenn die Antworten ausblieben, erfolgte nach etwa acht Wochen ein erstes Erinnerungsschreiben und nach ca. 10 Wochen ein zweites (vgl. Anhang).

2.5.1 Patientenauswahl

Es wurden Patienten verschiedener psychiatrischer Erkrankungen, die eine entsprechende Nachbetreuung wünschten, in die Studie aufgenommen.

Insgesamt wurden über 60 Personen nachbetreut, 47 konnten schriftlich erreicht werden. Von den 47 angeschriebenen Personen kamen 24 auswertbar beantwortete Fragebögen zurück. Die Diagnosenauflüsselung für diese 24 ehemaligen Patienten (51 Prozent) soll im Folgenden dargestellt werden.

2.5.2 Diagnosenauflüsselung nach ICD-Nummern

- a) ICD-Nr. 295 - schizophrene Psychosen: Insges. zehn Patienten;
 - aa) 295.1 - hebephrene Form: 3
 - bb) 295.2 - katatone Form: 1
 - cc) 295.3 - paranoide Form: 3
 - dd) 295.4 - akute schizophrene Episode: 1
 - ee) 295.7 - schizoaffektive Psychose: 2

- b) ICD-Nr. 296 - affektive Psychosen: Insges. acht Patienten;
 - aa) 296.0 - endogene Manie, bisher nur monopolar: 1
 - bb) 296.1 - endogene Depression, bisher nur monopolar: 1
 - cc) 296.2 - Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose: 4
 - dd) 296.3- Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose 2

- c) ICD-Nr. 300 - Neurosen, Persönlichkeitsstörungen: Insges. ein Patient;
 - aa) 300.4 - neurotische Depression: 1

- d) ICD-Nr. 303 - Alkoholabhängigkeit: Insges. zwei Patienten;

- e) ICD-Nr. 307 - spezielle, anderweitig nicht klassifizierbare Syndrome: Insges. ein Patient;
 - aa) 307.8 Psychalgie: 1

f)	ICD-Nr. 290 - senile und präsenile organische Psychosen; Insges. ein Patient;	
aa)	290.1 - präsenile Demenz:	1
g)	ICD-Nr. 291 Alkoholpsychosen: Insges. ein Patient;	
aa)	291.1- Alkoholisches Korsakow-Syndrom:	1

2.5.3 Fehlende Fragebögen

Fünf füllten den Fragebogen nicht aus, sandten aber einen ausführlichen Brief mit eingehenden Schilderungen über den weiteren Verlauf der Nachbetreuung (ca. elf Prozent). Drei entschuldigten sich wegen Krankenhausaufenthalt (ca. sechs Prozent).

Zwei waren verstorben (ca. vier Prozent).

Sechs unbekannt verzogen (ca. dreizehn Prozent).

Sieben gaben nach zweimaliger Aufforderung keine Antwort (ca. fünfzehn Prozent).

Man kann somit festhalten, daß die Kooperation im Rahmen der Befragung von Seiten der ehemaligen Patienten trotz der teilweise bis eineinhalb Jahren zurückliegenden Klinikzeit erstaunlich gut war. Ca. 15 Prozent der ehemaligen Patienten weigerten sich absolut eine Rückantwort zu geben. Die Mehrheit jedoch unterstützte die Aktion, ein kleiner Teil wollte nicht mittels Fragebogen antworten, sondern in brieflicher Form die Dinge erörtern, wobei größtenteils die Fragen beantwortet wurden.

2.5.4 Kontrollgruppenauswahl

Um den Bedarf einer derartigen Nachbetreuung zu ermitteln, suchten wir 38 ehemalige Patienten der Universitätsnervenklinik

München mit ähnlich gelagerten Krankheitsbildern aus und befragten sie per Fragebogen nach ihren Bedürfnissen. Insgesamt erhielten wir 25 ausgefüllte Fragebögen zurück.

2.5.5 Diagnosenauflüsselung nach ICD-Nummern

- a) ICD-Nr. 295 - schizophrene Psychosen: Insges. zwölf Patienten;
 - aa) 295.1 - hebephrene Form: 3
 - bb) 295.2 - katatone Form: 2
 - cc) 295.3 - paranoide Form: 3
 - dd) 295.7 - schizoaffektive Psychosen: 3
 - ee) 295.4 - akute schizophrene Episode: 1

- b) ICD-Nr. 296 - affektive Psychosen: Insges. neun Patienten;
 - aa) 296.0 - endogene Manie , bisher nur monopolar: 4
 - bb) 296.1 - endogene Depression, bisher nur monopolar: 3
 - cc) 296.2 - Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose: 1
 - dd) 296.5 - zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose, wobei das vorliegende Zustandsbild weder als manisch noch als depressiv bezeichnet werden kann 1

- c) ICD-Nr. 300 Neurosen: Insges. zwei Patienten;
 - aa) 300.4 - neurotische Depression: 2

- d) ICD-Nr. 305 Drogen- und Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit: Insges. ein Patient;
 - aa) 305.0 - Alkoholmißbrauch: 1

- e) ICD-Nr. 303 Alkoholabhängigkeit: Insges. 1 Patient

2.5.6 Mentorenfragebogenrücklauf

Insgesamt wurden 45 Mentoren angeschrieben, davon füllten 30 (ca. 66%) den Fragebogen aus.

Neun (ca. 20.5%) waren unbekannt verzogen.

Zwei (ca. 4.5%) beantworteten den Fragebogen nicht, da der Patient inzwischen verstorben war.

Vier (ca. 9%) gaben nach zweimaliger Aufforderung keine Auskunft.

Der auswertbare Rücklauf bei den Mentoren lag somit bei ca. 66%.

2.5.7 Fragestellung der Untersuchung

Ziel der Befragung war es, herauszufinden, ob in der Nachklinikzeit der Kontakt zwischen entlassenem Patient und Mentor zustandekam, wie lange er bestand und in welcher Form er ablief. Welche Schwierigkeiten in der Beziehung auftraten, welche Hilfestellungen gegeben werden konnten. Desweiteren sollte eruiert werden, inwieweit die soziale Reintegration durch den Mentor beschleunigt wurde, sowie welcher Krankheitsverlauf im Einzelfall zu beobachten war. Weiter sollte die Frage nach der Herkunft des Mentors (aus welchem sozialen Umfeld?) beantwortet werden.

Neben gezielten Fragen, sollte jeder noch allgemeine Anregungen persönlich formulieren. Bei der Kontrollgruppe sollte mittels des Fragenkatalogs insbesondere das Bedürfnis und die Form einer Nachbetreuung festgestellt werden.

2.5.8 Untersuchungsdurchführung

Der Patientenfragebogen (s. Anhang) umfaßte insgesamt 17 Fragen, die möglichst kurz, einfach und präzise formuliert wurden und in der Anzahl auf ein Minimum reduziert waren.

Der Mentorenfragekatalog (s. Anhang) umfaßte 18 Fragen und war nach gleichem Prinzip verfaßt - er enthielt im wesentlichen dieselben Fragen - sodaß aus beiden Perspektiven Stellung bezogen wurde. Bei der Kontrollgruppe waren zehn Fragen gestellt (s. Anhang).

Die Fragebögen wurden mit jeweils einem Anschreiben (s. Anhang) an ehemalige Patienten, Mentoren und die Kontrollgruppe verschickt.

Kam innerhalb von zwei Monaten keine Rückantwort, so wurde der Betreffende mittels Brief (vgl. Anhang) nochmals gebeten zu antworten. Bei einigen konnten wir auch telefonisch Kontakt aufnehmen.

In den wenigen negativen Fällen versuchten wir mit einem weiteren Anschreiben (vgl. Anhang) eine Rückantwort zu erhalten. Dem zweiten Anschreiben wurde noch einmal ein Fragebogen beigelegt. Weitere Kontaktversuche erfolgten nicht.

3. Ergebnisse und Besprechung der Ergebnisse

3.1 Patientengruppe

3.1.1 Auswertung der Fragebögen

In der Patientengruppe waren 24 auswertbare Fragebögen vorhanden. Für jede der einzelnen Fragen stellen wir im folgenden die Verteilungen der Antworten dar.

Frage 1:

Waren Sie mit Ihrem Mentor

a) zufrieden?	11 (ca. 46%)
b) sehr zufrieden?	12 (ca. 50%)
c) nicht zufrieden?	1 (ca. 4%)
d) äußerst unzufrieden?	0 (0%)

Frage 2:

Wie oft erhielten Sie Besuch vom Mentor?

a) Einmal pro Woche:	2 (ca. 8%)
b) Zweimal pro Woche:	2 (ca. 8%)
c) öfter:	15 (ca. 62%)
d) Einmal pro Monat:	4 (ca. 17%)
e) Zweimal pro Monat:	1 (ca. 4%)

Frage 3:

Statteten Sie Gegenbesuche ab?

- | | |
|-------------------|--------------|
| a) Ja: | 20 (ca. 84%) |
| b) Nein: | 2 (ca. 8%) |
| c) Keine Antwort: | 2 (ca. 8%) |

Wie oft?

- | | |
|-----------------------|--------------|
| a) Einmal pro Woche: | 3 (ca. 13%) |
| b) Zweimal pro Woche: | 2 (ca. 8%) |
| c) Öfter: | 10 (ca. 42%) |
| d) Einmal pro Monat: | 4 (ca. 17%) |
| e) Zweimal pro Monat: | 1 (ca. 4%) |
| f) Keine Antwort: | 4 (ca. 17%) |

Frage 4:

Nahm sich der Mentor immer genügend Zeit für Sie?

- | | |
|----------------------|--------------|
| a) Ja: | 21 (ca. 88%) |
| b) Nein: | 1 (ca. 4%) |
| c) Nur gelegentlich: | 1 (ca. 4%) |
| d) Keine Antwort: | 1 (ca. 4%) |

Frage 5:

War es für Sie eine Belastung bei Problemen den Mentor zu Rate zu ziehen?

- | | |
|-------------------|--------------|
| a) Ja: | 2 (ca. 8%) |
| b) Nein: | 17 (ca. 71%) |
| c) Manchmal: | 3 (ca. 13%) |
| d) Keine Antwort: | 2 (ca. 8%) |

Frage 6:

Bei welchen Problemen konnte Ihnen der Mentor behilflich sein?
(Mehrfachbeantwortungsmöglichkeit)

a) Beruf	6
b) Alltagsbewältigung	17
c) Kontaktknüpfung	1
d) Freizeitgestaltung	12
e) Überwachung der Medikamenten- einnahme	5
f) Überwachung der ambulanten Weiterbehandlung	4
g) Sonstiges	

Frage 7:

Bei welchen Problemen konnte Ihnen der Mentor nicht helfen?
(Freie Antworten)

a) Beruf	4
b) Persönliches (intime sexuelle Probleme, Suche nach Partner, Kontakte zu den Eltern)	6
c) Generelle Verständnislosigkeit des Mentors gegenüber Problemen des ehemaligen Patienten	1
d) Keine Antwort	15

Frage 8:

Glauben Sie, daß es Ihnen ohne Mentor schlechter gegangen wäre?

a) Ja:	17 (ca. 71%)
b) Nein:	7 (ca. 29%)

Frage 9:

Wie verlief der Kontakt mit dem Mentor im Einzelnen?
(Mehrfachantworten)

a) Führung von Gesprächen	18
b) Häusliche Hilfeleistung	9
c) Gemeinsamer Besuch von Veranstaltungen (Kino, Theater, Tanzlokale usw.)	12
d) Ausflüge	8
e) Fernsehen	8
f) Geselliges Beisammensein	14
g) Spiel- und Bastelabende	5

Frage 10:

Was hätte der Mentor mehr für Sie tun können?
(Mehrfachantworten)

a) Häufigere Besuche abstaten	3
b) Mehr Freizeitgestaltung	2
c) Mehr Gespräche führen	4
d) Sonstiges, was?	vgl. unter 3.1.2

Frage 11:

Wünschten Sie sich eine andere Person als Mentor?

a) Ja:	1 (ca. 4%)
b) Nein:	22 (ca. 92%)
c) Keine Antwort:	1 (ca. 4%)

Wenn ja, welche (Name und Anschrift, Telefonnr.). Von den beiden, die sich einen anderen Mentor wünschten, wurde kein Vorschlag für eine entsprechende Person gemacht.

Frage 12:

Aus welchem Kreis soll nach Ihrer Meinung der Mentor kommen;

a) Verwandtschaft	10 (ca. 42%)
b) Bekanntschaft	11 (ca. 46%)
c) Sozialdienste	2 (ca. 8%)
d) Ehrenamtliche Gemeindebürger	1 (ca. 4%)

Frage 13:

Würden Sie sich im Bedarfsfalle wieder einem Mentor anvertrauen?

a) Ja:	21 (ca. 88%)
b) Nein:	3 (ca. 12%)

Frage 14:

Wie fühlen Sie sich derzeit?

a) Gesund	17 (ca. 71%)
b) "Leicht angeschlagen"	6 (25%)
c) Krank	1 (ca. 4%)
d) Sehr krank	0 (0%)

Frage 15:

Sind Sie zur Zeit in ambulanter Behandlung?

a) Ja	17 (ca. 71%)
b) Nein	7 (ca. 29%)

Bei Bejahung der Frage, wo?

a) Allgemeinarzt	5 (ca. 29%)
b) Psychiater	8 (ca. 47%)
c) Sonstiger Facharzt	1 (ca. 6%)
d) Keine Antwort	3 (18%)

Frage 16:

Waren Sie zwischenzeitlich wieder einmal in der Klinik?

a) Ja	3 (13%)
b) Nein	21 (87%)

Frage 17:

Nehmen Sie noch Medikamente ein?

a) Ja	18 (75%)
b) Nein	6 (25%)

Wenn ja, welche?

a) Psychopharmaka	18
b) Andere Medikamente	6

Im Anschluß konnte jeder seine persönlichen Meinungen und Probleme äußern. Fünf machten am Schluß zusätzliche Angaben, meist den Krankheitsverlauf betreffend.

3.1.2 Zusammenfassung der Patientenbefragung

Insgesamt deuten unsere Fragebogenantworten (Patientenfragebogen) folgende Resultate an:

Erstens: In Bezug auf Zufriedenheit mit dem Mentor (Frage 1, 8, 11, 13) gaben an, daß

- a) 96 Prozent zufrieden bis sehr zufrieden waren,
- b) vier Prozent sich eine andere Person als Mentor wünschten,
- c) 71 Prozent glaubten, daß es ihnen ohne Mentor schlechter gegangen wäre,
- d) 88 Prozent sich wieder einem Mentor anvertrauen würden.

Zweitens: Der Kontaktverlauf (Frage, 2, 4) zeigt, daß

- a) die Besuchsfrequenz gut war, wobei mehr als 60 Prozent öfters als zweimal pro Woche vom Mentor Besuch erhielten und über 40 Prozent mehr als zwei Gegenbesuche abstatteten;
- b) die zeitliche Beanspruchung des Mentors hinreichend gegeben war, wobei 88 Prozent angaben, daß sich der Mentor genügend Zeit nahm.

Drittens: Bezüglich konkreter Hilfeleistungen durch den Mentor (Frage 6) ergab sich, daß er bei Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung, beruflichen Belangen "Überwachung" von Medikamenteneinnahme und Arztbesuchen, Kontaktknüpfung in Form von Gesprächsführung, Veranstaltungsbesuchen, geselligem Beisammensein, häuslicher Hilfeleistung u.a. erfolgreich wirken konnte.

Viertens: In Bezug auf Wünsche an den Mentor (Frage 10) stellte sich heraus, daß

- a) häufigere Besuche,
- b) mehr Freizeitgestaltung von Seiten der Patienten gewünscht wurden.

Fünftens: Bezüglich der sozialen Herkunft des Mentors (Frage 12) sprachen sich etwa 88 Prozent für Mentoren aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis aus; die übrigen wollten durch Sozialdienstmitarbeiter oder ehrenamtliche Ge-

meindebürger betreut werden.

Sechstens: In Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand (Frage 14, 16, 17) fühlten sich

- a) etwa 71 Prozent gesund,
- b) 25 Prozent "leicht angeschlagen" und
- c) vier Prozent krank;
- d) standen 71 Prozent in ambulanter Behandlung,
- e) waren 12.5 Prozent zwischenzeitlich einmal in der Klinik,
- f) nahmen 75 Prozent noch Medikamente ein, überwiegend Psychopharmaka.

3.2 Mentorengruppe (30 auswertbare Fragebögen)

3.2.1 Fragebogenergebnisse

Frage 1:

Hatten Sie in der Zeit nach der Klinikentlassung Kontakt mit dem Patienten?

- | | |
|---------|---------------|
| a) Ja | 29 (ca. 97 %) |
| b) Nein | 1 (ca. 3%) |

Wenn nein, warum nicht?

- | | |
|-------------------------------|---|
| a) Wegen zu großer Entfernung | 1 |
|-------------------------------|---|

Frage 2:

Wie lange betreuten Sie den Patienten?

- | | |
|---|------------|
| a) Bis jetzt (Zeitpunkt der Untersuchung) | 12 (40%) |
| b) Ein Monat | 1 (ca. 3%) |
| c) Zwei bis drei Monate | 1 (ca. 3%) |
| d) Vier bis sechs Monate | 3 (10%) |

e) Länger als ein halbes Jahr	0
f) Länger als ein Jahr	6 (20%)
g) Länger als zwei Jahre	3 (10%)
h) Keine Antwort	4 (ca. 13%)

Frage 3:

War für Sie die Tätigkeit als Mentor eine Belastung?

a) Ja	13 (ca. 43%)
b) Nein	17 (ca. 57%)

Wenn ja, welche? (Mehrfachantworten)

a) Zeitlich	5
b) Psychisch	7
c) Sowohl als auch	1
d) Sonstiges	0

Frage 4:

Was war das stärkste Problem in der Zusammenarbeit mit dem Patienten? (Mehrfachantworten)

a) Ablehnung des Patienten	5
b) Nichtbefolgen von Ihren Ratschlägen	15
c) Sonstiges	
aa) Mangelhafte Kenntnisse über den Umgang mit psychiatrischen Patienten	2
bb) Partnerschaftsprobleme	1
cc) Mangelnde Motivation	1
dd) Uneinsichtigkeit des Patienten	1

Frage 5:

Haben Sie das Gefühl dem Patienten eine echte Hilfestellung gegeben zu haben?

a) Ja	27 (90%)
b) Nein	1 (ca. 3%)
c) Keine Antwort	2 (ca. 7%)

Frage 6:

Äußerte sich der Patient einmal positiv über Ihre Tätigkeit?

a) Ja	19 (ca. 63%)
b) Nein	6 (20%)
c) Keine Antwort	5 (ca. 17%)

Frage 7:

Hatten Sie genügend Zeit, sich dem Patienten zu widmen?

a) Ja	21 (70%)
b) Nein	2 (ca. 7%)
c) Nur gelegentlich	5 (ca. 17%)
d) Keine Antwort	2 (ca. 7%)

Frage 8:

Hatten Sie das Gefühl, daß der Patient es als Belastung ansah, Sie bei bestimmten Dingen zu Rate zu ziehen?

a) Ja	3 (10%)
b) Nein	16 (ca. 53%)
c) Manchmal	9 (30%)
d) Keine Antwort	2 (ca. 7%)

Frage 9:

(Mehrfachantworten) Wo konnten Sie sich hilfreich zeigen?

a) Beruf	4
b) Alltagsbewältigung	21
c) Kontaktknüpfung	4
d) Freizeitgestaltung	13
e) Überwachung der Medikamenteneinnahme	5
f) Überwachung der ambulanten Behandlung	9
g) Sonstiges: Gesprächsführung	1

Frage 10:

Bei welchen Problemen konnten Sie nicht helfen? (Freie Antworten)

a) Alkoholprobleme	1
b) Beruf	6
c) Intime Angelegenheiten	2
d) Negative Selbsteinstellung	4
e) Kontaktknüpfung	4

Frage 11:

Glauben Sie, daß es dem Patienten ohne Sie schlechter gegangen wäre?

a) Ja	22 (ca. 73%)
b) Nein	2 (ca. 7%)
c) Bin mir nicht sicher	2 (ca. 7%)
d) Keine Antwort	4 (ca. 13%)

Frage 12:

Wie verlief der Kontakt mit dem Patienten? (Mehrfachantworten)

a) Führung von Gesprächen	21
b) Häusliche Hilfeleistung	18
c) Gemeinsamer Besuch von Veranstaltungen (Kino, Theater, Tanzlokale etc.)	12
d) Ausflüge	14
e) Fernsehen	14
f) Geselliges Beisammensein	14
g) Spiel- und Bastelabende	4
h) Sonstiges (Freie Antworten)	0

Frage 13:

Möchten Sie den Patienten noch in Zukunft weiterbetreuen?

a) Ja	24 (80%)
b) Nein	4 (ca. 13%)
c) Keine Antwort	2 (ca. 7%)

Wenn nein, warum nicht? (Freie Antworten)

a) Überlastung	2
b) Räumliche Entfernung	1
c) Persönliche Gründe	1

Frage 14:

Würden Sie noch einmal einen Patienten "übernehmen"?

a) Ja	19 (63%)
b) Nein	8 (ca. 27%)
c) Keine Antwort	3 (10%)

Wenn nein, warum nicht?

a) Zeitliche Belastung	3 (37.5%)
b) Aus persönlichen Gründen	2 (25%)
c) Keine Antwort	3 (37.5%)

Frage 15:

Wie beurteilen Sie den Gesundheitszustand des Patienten im Augenblick?

a) Gesund	11 (ca. 37%)
b) "Leicht angeschlagen"	11 (ca. 37%)
c) Krank	5 (ca. 17%)
d) Schwer krank	2 (ca. 7%)
e) Weiß nicht	1 (ca. 3%)

Frage 16:

Steht der Patient im Augenblick in ärztlicher Behandlung?

a) Ja	22 (ca. 73%)
b) Nein	6 (20%)
c) Weiß nicht	2 (ca. 7%)

Wenn ja, in welcher?

a) Allgemeinarzt, Internist etc.	6 (ca. 27%)
b) Psychiater	15 (ca. 68%)
c) Weiß nicht	1 (ca. 5%)

Frage 17:

War der Patient zwischenzeitlich einmal in der Klinik?

a) Ja	10 (ca. 33%)
b) Nein	19 (ca. 63%)
c) Weiß nicht	1 (ca. 3%)

Wenn ja, wie oft?

a) Einmal	8 (80%)
b) Zweimal	1 (10%)
c) öfter	1 (10%)

Frage 18:

Nimmt der Patient noch Medikamente ein?

a) Ja	18 (60%)
b) Nein	5 (ca. 17%)
c) Weiß nicht	2 (ca. 7%)
d) Keine Antwort	5 (ca. 17%)

Wenn ja, welche, ggf. Name des Präparates?

a) Psychopharmaka	6
b) Andere	5
c) Keine Antwort	7

Im Anschluß an die Fragen wurde jedem Mentor die Möglichkeit gelassen, seine speziellen Probleme zu äußern.

Elf Mentoren nutzten die Gelegenheit und schilderten meist den Verlauf der Krankheit und sprachen individuell persönliche Probleme an. Meistens waren sie bereits in den vorgeschalteten Fragen abgehandelt, so daß sich keine wesentlichen neuen Erkenntnisse ergaben.

3.2.2 Resultat der Mentorenbefragung

Zusammenfassend deuten die Antworten der Mentoren folgende Resultate an:

Erstens: In Bezug auf Kontaktherstellung und Kontaktverlauf (Frage 1, 2, 3, 6, 13, 14) nahmen

- a) 96 Prozent der Mentoren ihre Arbeit auf, betrug
- b) die Zeitdauer in der Mehrzahl über ein Jahr, sahen
- c) über 50 Prozent der Patienten keine besondere Belastung darin, den Mentor bei Problemen zu Rate zu ziehen, möchten
- d) 80 Prozent der Mentoren den Patienten weiterbetreuen, würden
- e) 63 Prozent noch einmal einen Patienten betreuen.

Zweitens: Bezüglich der Probleme bei der Mentorenarbeit (Frage 3, 4) gaben

- a) 43 Prozent zeitliche und oder psychische Belastung an, äußerten
- b) einige Schwierigkeiten in der Patient-Mentor-Beziehung wie: Nichtbefolgen von Ratschlägen, negative Selbsteinstellung u.a..

Drittens: Bezüglich der Effizienz (Frage 5, 6, 11) gaben

- a) 90 Prozent an, dem Patienten eine Hilfestellung geleistet zu haben, äußerten sich
- b) über 60 Prozent der Patienten gegenüber dem Mentor positiv über seine Arbeit, glaubten
- c) 73 Prozent der Mentoren, daß es den Patienten ohne sie schlechter gegangen wäre.

Viertens: In Bezug auf konkrete Hilfeleistungen (Frage 9, 10, 12) wurden genannt:

- a) Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung in Form von Gesprächsführung, häuslicher Hilfeleistung, Ausflügen, Fernsehen u.a.,
- b) "Überwachung" von Medikamenteneinnahme und Arztbesuchen,
- c) Kontaktknüpfung, berufliche Angelegenheiten, wobei
- d) keine Hilfestellung geleistet werden konnte bei persönlichen Problemen (sexuell, partnerschaftsbezogen), bisweilen auch in beruflichen Angelegen-

heiten sowie bei Alkoholproblemen und bei negativer Selbsteinstufung.

Fünftens: Bezüglich der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Patienten (Frage 15, 16, 17, 18) wurden

- a) etwa 23 Prozent der Patienten als krank eingestuft, standen
- b) ca. 73 Prozent in ärztlicher Behandlung, überwiegend in psychiatrischer, war
- c) etwa ein Drittel inzwischen wieder in der Klinik, nahmen
- c) 60 Prozent noch Medikamente, überwiegend Psychopharmaka ein.

3.3 Kontrollgruppe Patienten

3.3.1 Fragebogenergebnisse (25 ausgefüllte Fragebögen)

Frage 1:

Hatten Sie nach der Klinikentlassung manchmal das Gefühl alleine überfordert zu sein?

a) Ja	8 (32%)
b) Manchmal	6 (24%)
c) Nein	7 (28%)
d) Keine Antwort	4 (16%)

Frage 2:

Hätten Sie sich eine Person gewünscht, an die Sie sich in schwierigen Phasen hätten wenden können?

a) Ja	9 (36%)
b) Manchmal	6 (24%)

- | | |
|------------------|---------|
| c) Nein | 5 (20%) |
| d) Keine Antwort | 5 (20%) |

Frage 3:

Wo hätten Sie eine Hilfestellung brauchen können?

- | | |
|---|---|
| a) Beruf | 9 |
| b) Alltagsbewältigung | 8 |
| c) Kontaktknüpfung | 5 |
| d) Freizeitgestaltung | 6 |
| e) "Überwachung" der Medikamenten-
einnahme | 2 |
| f) "Überwachung" der ambulanten Weiterbe-
handlung | 2 |

Frage 4:

Glauben Sie, daß es Ihnen mit einem Betreuer besser
gegangen wäre?

- | | |
|------------------|---------|
| a) Ja | 9 (36%) |
| b) Manchmal | 5 (20%) |
| c) Nein | 6 (24%) |
| d) Keine Antwort | 5 (20%) |

Frage 5:

Aus welchem Kreis sollte der Betreuer kommen?

- | | |
|--------------------|---------|
| a) Bekanntenkreis | 5 (20%) |
| b) Verwandtenkreis | 7 (28%) |
| c) Sozialdienste | 5 (20%) |
| d) Keine Antwort | 8 (32%) |

Frage 6:

Hatten Sie nach der Entlassung eine Person, zu der Sie Vertrauen hatten?

a) Nein	5 (20%)
b) Ja	16 (64%)
c) Keine Antwort	4 (16%)

Frage 7:

a) Ein Monat	0 (0%)
b) Drei Monate	2 (8%)
c) Ein halbes Jahr	1 (4%)
d) Je nach Entwicklung der Genesung	16 (64%)
e) Keine Antwort	6 (24%)

Frage 8:

Würden Sie es für gut halten, wenn jeder, der aus der Klinik kommt eine Person seiner Wahl zur Verfügung gestellt bekommt, die ihm in der schwierigen Anfangsphase beiseite steht?

a) Ja	14 (56%)
b) Nein	4 (16%)
c) Keine Antwort	7 (28%)

Frage 9:

Ist es überhaupt sinnvoll eine Nachbetreuung vorzunehmen?

a) Generall ja	13 (52%)
b) Nur in besonderen Fällen	6 (24%)
c) Nein	0 (0%)
d) Keine Antwort	6 (24%)

Frage 10:

Glauben Sie, daß es Ihnen besser gegangen wäre, wenn Sie nach der Klinikentlassung einen Betreuer gehabt hätten?

- | | |
|------------------|----------|
| a) Ja | 10 (40%) |
| b) Manchmal | 4 (16%) |
| c) Nein | 7 (28%) |
| d) Keine Antwort | 4 (16%) |

Am Ende der Befragung konnte jeder noch persönliche Mitteilungen anbringen.

3.3.2 Besprechung der Ergebnisse

Unsere Untersuchung deutet darauf hin, daß

erstens generelles Bedürfnis nach Nachsorge besteht, denn

- a) 56 Prozent der Kontrollgruppe fühlten sich nach der Klinikentlassung ganz oder teilweise überfordert, wobei sich
- b) 52 Prozent für eine generelle Nachbetreuung nach der Klinik aussprachen;
- c) 24 Prozent hielten eine Nachbetreuung nur in besonderen Fällen für notwendig;
- d) 60 Prozent wünschten sich immer oder gelegentlich eine Person, die bei Problemen zu Rate gezogen werden kann, wobei 56 Prozent glaubten, daß es ihnen nach der Klinikentlassung durch einen Betreuer besser gegangen wäre;
- e) 56 Prozent begrüßten es, wenn ihnen bereits von Seiten der Klinik eine Person ihrer Wahl zugeteilt werden würde.

Zweitens: Zur Art und Dauer der Nachbetreuung ermittelten wir folgende Daten:

- a) am häufigsten wurde nach Hilfe bei Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung, Kontaktknüpfung und beruflichen Angelegenheiten verlangt;
- b) 45 Prozent sprachen sich für einen Mentor aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis aus;
- c) 64 Prozent legten keine Zeitdauer der Betreuung fest, sondern machten es von der individuellen Entwicklung abhängig.

3.4 Antwortenvergleich Patienten - Mentoren

Die Fragebögen waren so konzipiert, daß sowohl der Patient als der Mentor zu bestimmten Themen dieselbe Frage vorgelegt bekam, teilweise etwas umformuliert, um möglichst präzise Informationen zu erhalten.

Der Antwortenvergleich soll die Kongruenz und die Divergenz zwischen Patient und Mentor bezüglich bestimmter Aspekte in der Mentorennachsorge aufzeigen.

3.4.1

Dabei zeigten sich folgende Ergebnisse:

Erstens: Zur Zufriedenheit des Patienten mit dem Mentor gaben 96 Prozent der Patienten an, daß sie zufrieden bis sehr zufrieden waren (Frage 1, Patientenfragekatalog);

ca. 63 Prozent brachten dies nach Angaben der Mentoren auch in positiven Äußerungen zum Ausdruck (Frage 6, Mentorenfragekatalog).

Nur vier Prozent der Patienten wünschten sich eine andere Person als Mentor (Frage 11, Patientenfragekatalog).

Zweitens: In Bezug auf Kontaktaufnahme und Verlauf konnte ermittelt werden, daß die Kontaktaufnahme bis auf einen Fall jedesmal stattfand, die Frequenz der Besuche und Gegenbesuche in der Mehrzahl ein- bis

mehrere Male pro Woche betrug und die Zeitdauer meist über zwei Monate hinaus betrug (Frage 2, 3, Patientenfragekatalog; Frage 1, 2, Mentorenfragekatalog; freie Antworten).

Drittens: In Bezug auf Belastungen des Mentors und des Patienten im gegenseitigen Umgang gaben 87.5 Prozent der Patienten an, daß sich der Mentor genügend Zeit für sie nahm (Frage 4, Patientenfragekatalog). 57 Prozent der Mentoren waren der Meinung, daß sie durch ihre Tätigkeit keiner besonderen Belastung ausgesetzt waren; ca. 17 Prozent gaben zeitliche Belastung und ca. 23 Prozent psychische Belastung an (Frage 3, Mentorenfragekatalog), wobei jedoch 70 Prozent der Mentoren glaubten, genügend Zeit für den Patienten zur Verfügung gehabt zu haben, so daß die psychische Belastung als überwiegend angesehen werden kann (Frage 7, Mentorenfragekatalog). Für die Mehrzahl der Patienten (ca. 71 Prozent) war es keine Belastung bei Problemen den Mentor zu Rate zu ziehen (Frage 5, Patientenfragekatalog). Bei den Mentoren glaubten ca. 53 Prozent, daß es der Patient nicht als Belastung empfand, den Mentor zu Rate zu ziehen; 30 Prozent gaben an, manchmal (Frage 8, Mentorenfragekatalog).

Viertens: Bezüglich Hilfestellungen durch den Mentor wurden folgende Angaben gemacht: Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung standen an erster Stelle, gefolgt von Beruf, "Überwachung" der Medikamenteneinnahme und Kontrolle der ambulanten Weiterbehandlung (Frage 6, Patientenfragekatalog). Die Mentoren nannten an der Spitze Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung, gefolgt von Überwachung der ambulanten Behandlung, "Überwachung" der Medikamenteneinnahme, Beruf und Kontaktknüpfung (Frage 9, Mentorenfragekatalog).

Am häufigsten konnte dem Patienten keine Hilfe erteilt werden bei persönlichen Problemen (insbesondere bei sexuellen Konflikten, Partnersuche u.a.) und in beruflichen Angelegenheiten (Frage 7, Patientenfragekatalog).

Die Mentoren gaben in folgender Reihenfolge an, keine Hilfestellungen gegeben zu haben: Beruf, Kontaktknüpfung, negative Selbsteinstellung, intime Angelegenheiten, Alkoholprobleme (Frage 10, Mentorenfragekatalog).

Fünftens: Im Verlauf des Kontaktes Patient - Mentor fanden folgende Interaktionen statt:

Gesprächsführung, geselliges Beisammensein und Veranstaltungsbesuche standen an erster Stelle von Seiten der Patienten. Es kam aber auch zu häuslicher Hilfeleistung, Ausflüge wurden durchgeführt und man sah gemeinsam Fernsehsendungen an, Spiel- und Bastelabende lagen an letzter Stelle (Frage 9, Patientenfragekatalog).

Die Patienten beantworteten diese Frage wie folgt in absteigender Reihenfolge (Frage 12, Mentorenfragekatalog): Gesprächsführung, häusliche Hilfeleistung, geselliges Beisammensein, Fernsehen, Ausflüge, Veranstaltungsbesuche, Spiel- und Bastelabende.

Sechstens: Bezüglich der Effizienz der Nachsorge glaubten etwa 71 Prozent der Patienten, daß es ihnen ohne Mentor schlechter gegangen wäre (Frage 8, Patientenfragekatalog),

ca.73 Prozent der Mentoren waren derselben Ansicht, d.h. es bestand eine Übereinstimmung der Ansichten; 90 Prozent der Mentoren glaubten, eine echte Hilfestellung geleistet zu haben (Frage 11, 5, Mentorenfragekatalog).

Siebtens: In Bezug auf Bedürfnis nach Mentorennachsorge würde sich der überwiegende Anteil der Patienten (88 Prozent) im Bedarfsfalle wieder einem Mentor anvertrauen (Frage 13, Patientenfragekatalog);
ca. 63 Prozent der Mentoren würden noch einmal einen Patienten übernehmen (Frage 14, Mentorenfragekatalog).

Achtens: In Bezug auf ihren derzeitigen Gesundheitszustand gaben die Patienten an, daß sich ca. 71 Prozent gesund fühlten, 25 Prozent "leicht angeschlagen" und ca. 4 Prozent krank (Frage 14, Patientenfragekatalog).

Die Mentoren beurteilten den Gesundheitszustand folgendermaßen: ca. 37 Prozent gesund, ca. 37 Prozent "leicht angeschlagen", ca. 17 Prozent krank, ca. 7 Prozent schwer krank (Frage 15, Mentorenfragekatalog).

Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben der Patienten und der Mentoren.

Etwa 71 Prozent der Patienten gaben an, in ärztlicher Behandlung zu stehen, überwiegend in psychiatrischer (Frage 15, Patientenfragekatalog).

Etwa 73 Prozent der Mentoren berichteten, daß der Patient noch in ärztlicher Behandlung sei, überwiegend in psychiatrischer (Frage 16, Mentorenfragekatalog).

In Gegensatz zur Krankheitseinstufung bestehen bezüglich der Angaben über die ärztliche Behandlung nahezu identische Aussagen.

In Bezug auf Medikamenteneinnahme gaben 75 Prozent der Patienten an, noch Medikamente einzunehmen, überwiegend Psychopharmaka (Frage 17, Patientenfragekatalog).

Die Mentoren berichteten in 60 Prozent der Fälle von Medikamenteneinnahme, überwiegend Psychopharmaka (Frage 18, Mentorenfragekatalog).

12.5 Prozent der Patienten erteilten die Auskunft, in der Zwischenzeit wieder in der Klinik gewesen zu sein (Frage 16, Patientenfragekatalog).

Bei den Mentoren lagen die Angaben bei etwa 33 Prozent (Frage 17, Mentorenfragekatalog). Auch hier fällt eine Diskrepanz der Angaben auf.

3.4.2

Zusammenfassende Besprechung der Ergebnisse der Antwortenvergleiche Patienten - Mentoren

In einigen Punkten bestand große Übereinstimmung zwischen den Aussagen der Patienten und Mentoren. Insbesondere fiel die Kongruenz bezüglich der Effizienzfrage der Mentorenbetreuung auf. Über 70 Prozent (in beiden Gruppen) bewerteten die Nachsorgearbeit positiv. Erstaunlich war ebenso die Ähnlichkeit der Antwort über die Art der einzelnen Hilfestellungen, wobei Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung in Form von Gesprächsführung, geselligem Beisammensein, Veranstaltungsbesuchen, gemeinsamen Ausflügen sowie die "Überwachung" von Medikamenteneinnahme und Arztbesuchen die Hauptleistung der Mentorenarbeit darstellten. Zur beruflichen Förderung gab es positive und vereinzelt auch negative Angaben, ebenso in Beziehung auf Kontaktknüpfung.

Zum Krankheitsverlauf gab es unterschiedliche Angaben, wobei sich die Patienten allgemein gesünder einstufen als die Mentoren den Gesundheitszustand einschätzten, desgleichen gingen die Meinungen bezüglich der stationären Aufenthalte auseinander, wobei jedoch Übereinstimmung zur Angabe der derzeitigen ärztlichen Behandlung und Medikamenteneinnahme gefunden wurde. Weiter positiv zu werten ist die große Nachfrage nach der Mentorenarbeit seitens der Patienten und die hohe Bereitschaft der Mentoren noch einmal einen Patienten zu übernehmen.

3.5 Antwortenvergleich Kontrollgruppe-Patienten - Mentoren

Mit Hilfe der Kontrollgruppe sollte insbesondere das Verlangen nach Nachsorge durch Laienhelfer und die Erwartung

an diese herausgefunden werden. Beim Antwortenvergleich gilt es die Erfahrungen einerseits und die Erwartungen andererseits in Beziehung zu setzen.

3.5.1 Ergebnisse

Erstens: Zum Bedürfnis nach poststationärer Nachsorge ergab sich, daß

- a) bei 52 Prozent der Kontrollgruppe ein allgemeines Bedürfnis nach Nachsorge besteht;
- b) bei 24 Prozent ein begrenztes Bedürfnis vorhanden ist (Nachsorge nur in besonderen Fällen);
- c) es sprachen sich 56 Prozent der Befragten dafür aus, daß jeder der aus der Klinik entlassen wird, eine Person seiner Wahl zur Verfügung gestellt bekommt.

Die Aussage unter c) deckt sich in etwa mit der Aussage unter a). Da in der Aussage c) ebenso das allgemeine Bedürfnis nach Nachsorge durch Laienhelfer zum Ausdruck kommt, kann davon ausgegangen werden, daß die Aussage unter a) realistisch erscheint.

88 Prozent in der Patientengruppe würden sich wieder einem Mentor anvertrauen und 63 Prozent der Mentoren würden noch einmal einen Patienten übernehmen.

Zweitens: In Bezug Effizienz der Nachsorge glaubten 56 Prozent in der Kontrollgruppe, daß es ihnen mit einem Mentor generell oder teilweise besser gegangen wäre; 71 Prozent der Patientengruppe meinten, daß es ihnen ohne Mentor schlechter gegangen wäre, während 73 Prozent der Mentoren dieselbe Ansicht vertraten.

Die Erwartungen in der Kontrollgruppe wurden somit durch die Aussagen der Patienten und Mentoren noch übertroffen.

Drittens: In Bezug auf die Herkunft des Mentors wünschten sich 48 Prozent in der Kontrollgruppe einen Mentor, der aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis kommt, 20 Prozent aus dem Sozialdienst, der Rest hatte

hierzu keine Meinung.

Bei den Patienten gaben rund 85 Prozent einem Mentor aus dem Verwandtenkreis den Vorzug.

Wenngleich die absoluten Zahlen keinem Vergleich standhalten, so ist dennoch eine hohe "Affinität" zu einem Mentor aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis vorhanden.

Viertens: In Bezug auf Inhalt der Betreuung und Art der stattgefundenen Interaktionen ließ sich feststellen, daß berufliche Probleme, Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung, Kontaktknüpfung bei der Kontrollgruppe an erster Stelle standen. Patienten und Mentoren waren sich einig, daß bezüglich Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung gute Arbeit in der poststationären Phase geleistet wurde. Schwieriger war es nach Ansicht der Mentoren berufliche und persönliche Angelegenheiten hilfreich zu unterstützen, wobei die Patienten jedoch in der Mehrzahl berichteten, daß ihnen der Mentor in beruflichen Dingen unterstützend zur Seite stand. Bei der Kontaktknüpfung konnte der Mentor hilfreich wirken, in Einzelfällen gab es aber auch erfolglose Bemühungen.

Interessanterweise werden die Stärken der Laiennachsorge nämlich Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung, Kontaktknüpfung von Seiten der Kontrollgruppe genannt, aber auch die beruflichen Schwierigkeiten eingebracht. Es ist verständlich, daß gerade diesbezüglich Hilfe erwartet wird (zu dieser Problematik vgl. Diskussion).

3.5.2 Zusammenfassende Besprechung der Ergebnisse der Antworten- vergleiche

Zusammenfassend läßt sich somit festhalten, daß hohe Übereinstimmungen in Bezug auf Bedürfnis und Effizienz einer Nachsorge sowie in Bezug auf Herkunft des Mentors und Inhalt der Betreuung besteht.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der bisherigen Meinungen in der Literatur und Schlußfolgerungen

Die Frage der poststationären Nachbetreuung frisch entlassener psychiatrischer Patienten mittels Laienhelfern wird von einer Vielzahl von Autoren hinreichend befürwortet (Finzen et al., 1970, 1971; Gans v., 1980; Gastpar, 1981; Haase, 1977; Klostermann, 1978; Marckwort, 1975; Pörksen, 1974; Porter, 1975; Seidl, 1982; Thebrath, 1980, 1978; Zeller, 1982, u.a.). Nachdem auch heute noch Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in weiten Kreisen der Bevölkerung bestehen, erscheint eine fürsorgenerische Betreuung zur Überwindung der sozialen Isolierung psychisch Kranker besonders wertvoll (Walther, 1964; Siedow, 1964).

Dabei gibt es verschiedene Ansätze in der Nachsorge, wobei keine einheitliche Organisation vorhanden ist (Viefhues, 1961). Die Möglichkeiten und Angebote in einem Standardversorgungsgebiet verdeutlichen die Tabellen von Alsen et al. (1981) und Finzen (1976, s. S. 2 u. 3), wobei bei Finzen vorallem die Beziehungen der einzelnen Einrichtungen untereinander dargestellt sind.

Zur Frage der Intensität im Verlauf der Betreuungszeit der einzelnen Einrichtungen befaßt sich eine Graphik, deren Entwurf vom Landkreistag Baden-Württemberg stammt (Winterfeld v., 1982, s.S. 4). Danach ist zwar der Betreuungsaufwand in der Klinik am höchsten und im Patientenclub am niedrigsten, eine Aussage über die tatsächliche Belastung im Einzelfall kann daraus nicht gemacht werden. Wobei jedoch auch klar wird, daß sozial-psychiatrischer Dienst und Laienhelfer bereits in der Klinik wertvolle Arbeitsentlastung für das Klinikpersonal bewirken können.

Der Laienhelfer soll und kann den Fachmann nicht ersetzen, sondern vielmehr dort eingreifen und helfen, wo seine Stärken liegen. In der Regel handelt es sich um Angelegenheiten des täglichen Lebens. Da nach längeren Klinikaufenthalten

häufig bereits hier Schwierigkeiten bei den entlassenen Patienten auftreten, eignen sich für diesen Schritt der Wiedereingliederung Laien, die mit diesen Situationen tagtäglich konfrontiert werden, besser als "bloße Theoretiker" (Zeller, 1982; Klostermann, 1978; Gans v., 1980; Schöck, 1980). Der in Bezug auf Laienhelfer sehr erfahrene Kluge (1980) sieht zwei Schwerpunkte der Laienarbeit: Alltagshilfe und Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung.

Die Entscheidung, welche Form der Nachsorge (ggf. Kombination) im Einzelfall zur Anwendung kommen sollte, sollte unter Anbetracht der lokalen Möglichkeiten ("extra-murale Einrichtungen") von Seiten der Klinik getroffen werden (Huber, 1972). Dies erfordert einen hohen Arbeitseinsatz von der Station, zusätzlich zur normalen Routinearbeit. Es müssen intensive Kontakte mit den verschiedenen Einrichtungen geführt werden, ggf. Laienhelfer ausfindig gemacht und entsprechend geprüft und angeleitet werden. Insbesondere sollten auch die Familienmitglieder auf die Rückkehr besser vorbereitet werden (Bauer et al., 1976).

Vorteilhaft für die Laiennachsorge wäre eine zentrale Anlaufstation in der Klinik, die durch eine erfahrene Person (Schwester oder Pfleger o.ä.) geführt werden sollte. Damit könnte der Mehraufwand auf den Stationen doch erheblich verringert werden, wenngleich die Auswahl und Anleitung durch den Arzt erfolgen sollte. Die Erfahrungen von Haase (1977) scheinen dies zu bestätigen.

In Bezug auf familienbezogene Nachsorge berichten Katschnig und Konieczna (1985) über erfolgreiche Zusatztherapien in Ergänzung zur Psychopharmakotherapie in den USA, Großbritannien und der BRD.

W.v. Baeyer (1966), Cooper (1975) und Klostermann (1978) weisen ebenso auf die höheren Erfolgsquoten der beruflich-sozialen Rehabilitation bei Schizophrenen mittels einer entsprechenden Nachsorge hin. Haase (1977) geht in der Pfalzlinik Landeck den Weg über Laienhelfernachbetreuung und Vergabe von Paten-

schaften bei Langzeitpatienten, die Ergebnisse sind ansprechend, ähnliche Resultate bei Finzen et al. (1970) in Tübingen.

Die Geschichte der Hilfsvereine zeigt deutlich, daß der psychiatrische Patient einer dringenden und adäquaten Nachbetreuung bedarf, um dem sozialen Umfeld gewachsen zu sein. Hier kann auch die moderne Pharmakotherapie die gestellten Hindernisse nicht allein abbauen. Sie ist aber Voraussetzung für eine schnellere und bessere Gesundung und kann somit die ideale Voraussetzung für eine wirksame psychosoziale Nachbetreuung schaffen.

Es bergen sich aber auch Gefahren in der Laiennachsorge, die nicht übersehen werden dürfen. Übereifer, (un)gewollte Psychotherapie, falsche Selbsteinschätzung mit Einmischung in inkompetente Bereiche können zu Schäden unkontrollierten Ausmaßes führen. Genau hier sind der Laienhilfe Grenzen gesetzt, die nur durch ständige Supervision und intensiven Kontakt mit dem Fachpersonal erkannt werden können. Dies sollte jedem Laienhelfer am Anfang seiner Tätigkeit immerwieder vor Augen geführt werden. Als weitere negative Punkte werden gelegentlich angeführt (Mechanic, 1975), daß der Laienhelfer bei seiner Tätigkeit im klinischen Bereich störend in das Stationsleben eingreifen kann. Hier gilt es ebenso genau mit dem Klinikpersonal Absprache zu halten über die beabsichtigten Maßnahmen. Finzen et al. (1970) machten mit Laienhelfern auf der Station wider Erwarten gute Erfahrungen. Es zeigt sich somit, daß Erfolge in der Nachbetreuung mit den unterschiedlichsten Formen erzielt werden können.

Katschnig und Konieczna, (1985) vertreten die Auffassung, daß es entscheidend sei, welche Haltung der Betreuer gegenüber dem Patienten und dessen Angehörigen einnehme, und die Erfolge oft auf die enge Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen beruhen. Nach Alsen et al., (1981, S. 134) sollte ein Laienmitarbeiter bestimmte Eigenschaften aufweisen (vgl. S. 8).

Dem kann wohl zugestimmt werden! Ein Laienhelfer mit den angeführten Eigenschaften ist sicher nicht nur als "Lückenbüßer" zu betrachten, vielmehr bleibt ihm genügend Raum seine

eigene Kreativität walten zu lassen (Winterfeld v., 1982).

Bezüglich der Motivation Laienhilfe zu betreiben, gibt es verschiedene Untersuchungen, die darauf hindeuten, daß echte Hilfestellungen beabsichtigt sind (Marckwort, 1975; Seidl, 1982).

Somit kann als Schlußfolgerung festgehalten werden, daß die Laienmitarbeit in der Psychiatrie ihren festen Platz in einem bestimmten Rahmen einnimmt. Sie kann in der Rehabilitation im Bereich der Familie, der weiteren sozialen Umgebung und teilweise im Arbeitsbereich erfolgreich sein. Ihr sind klare Grenzen gesetzt, die zum Wohle des Patienten eingehalten werden müssen. Es gilt enge Zusammenarbeit mit der Klinik (Supervision) und anderen sozialpsychiatrischen Diensten zu betreiben. Die Stärke der Laienhelfer liegt darin, daß sie das psychosoziale Umfeld des Patienten am besten kennen, die gleiche Sprache sprechen, in Belangen des täglichen Lebens erfahren sind, was gerade für die Anfangsphase der Wiedereingliederung große Bedeutung besitzt. Der entlassene Patient muß nämlich wieder lernen, mit den einfachen Dingen zurechtzukommen, um aus dieser Sicherheit heraus für die Zukunft gerüstet zu sein. Hier kann der Laienhelfer seine Fähigkeiten in vollem Umfang zur Geltung bringen.

4.2 Diskussion der Fragebogenergebnisse und Ausblick

Die von uns durchgeführten Untersuchungen zeigen Schwächen und Stärken einer Nachsorge mittels Laien auf. Als Voraussetzungen, um in das "Mentorenprogramm" aufgenommen zu werden, galten:

a) Der Wunsch des Patienten auf eine Nachbetreuung, welcher, wie auch die Kontrollgruppe zeigte, in der Mehrzahl der Fälle vorhanden war.

b) Eine entsprechende Auswahl des Mentors in Zusammenarbeit mit dem Patienten, sowie eine entsprechende Vorbereitung des

Mentors auf seine Aufgabe; bei auftretenden Schwierigkeiten sollte Rücksprache mit der Klinik erfolgen.

4.2.1 Einige Anmerkungen zur technischen Ausführung

Gewarnt von den schlechten Rücklaufquoten bei Haase(1977) sollte unsere Untersuchung in Form von Hausbesuchen durchgeführt werden. Dabei sollte der "Patient" und der Mentor Vorort am gleichen Tag, aber auf keinen Fall gemeinsam, befragt werden.

In der Anfangsphase der Untersuchung wurde versucht telefonisch Termine zu vereinbaren, wobei sich aber herausstellte, daß es kaum möglich war, die Untersuchung in dieser Form durchzuführen, da sich die zeitliche Koordination sehr schwierig gestaltete. Hinzu kamen noch teilweise sehr große Entfernungen, die ebenfalls erschwerend wirkten. Wir entschlossen uns daher die Fragebögen in dem Bewußtsein, daß die Rücklaufquote möglicherweise nicht sehr hoch liegen wird, doch zu versenden. Es war umso erstaunlicher, daß in allen drei Gruppen über 50 Prozent auswertbare Fragebögen zurückkamen, wobei die Erinnerungsschreiben (vgl. Anhang) den Rücklauf nur um etwa zehn Prozent erhöhten. Man muß weiter bedenken, daß etwa zehn Prozent der Patienten ausführliche Briefe schrieben, aus deren Inhalt häufig auf den Verlauf der Betreuung geschlossen werden konnte. Absolut keine Antwort erhielten wir bei den Patienten nur in etwa 15 Prozent der Fälle. Im Vergleich betrug die Rücklaufquote bei Haase(1977) insgesamt nur etwa 25 Prozent; gleichzeitig stellte er dabei fest, daß nur knapp ein Drittel dieser Laienhelferbesuch erhielt. Im Gegensatz dazu stellten wir nur einen einzigen Ausfall fest. Die Rücklaufzahlen bei den Mentoren lagen erwartungsgemäß etwas höher(ca. 15 Prozent). Bemerkenswert war jedoch der hohe Rücklauf in der Kontrollgruppe; er lag fast genauso hoch wie bei den Mentoren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß bedauerlicherweise das Hausbesuchskonzept wegen Schwierigkeiten in der technischen Durchführung nicht verwirklicht werden konnte, daß aber die "Ersatzform" (Versendung der Fragebögen) eine befriedigende Rücklaufquote erbrachte. Art und Dauer der Erkrankung, die persönliche Beziehung zur Klinik u.a. dürften sicherlich mitverantwortlich für die Mitarbeit sein.

4.2.2 Positive Erfahrungen, kritische Abwägungen, Konsequenzen

Auffällig war zunächst die allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Mentor (96 Prozent!), das heißt, daß die Auswahl des Mentors von der Klinik mit gutem Erfolg durch-

geführt wurde und die Auswahlkriterien, die gestellt waren, offensichtlich richtig waren. Gerade dieser Punkt erfordert viel Geschick und Einfühlungsvermögen, die richtige Person als Mentor zu finden.

Bezüglich der erbrachten Hilfeleistung herrschte zwischen Mentoren und Patienten ziemliche Übereinstimmung. Über zwei Drittel der Patienten und Mentoren werteten den Einsatz als Erfolg, wobei die Einzelheiten der weiteren Erörterung bedürfen.

Der Mentor konnte in Bezug auf Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung, "Überwachung" der Medikamenteneinnahme und Veranlassung von Arztbesuchen hilfreich eingreifen; Unterstützung gab es auch bei Kontaktknüpfern und in beruflichen Angelegenheiten, wobei gerade diesbezüglich häufig eine erfolgreiche Intervention durch den Mentor erfolgen konnte. Hier müßte sicherlich mehr Hilfe von Seiten der Sozialdienste erfolgen, wenngleich der Mentor vermittelnd tätig werden kann.

Das Ziel der Nachsorge, die soziale Wiedereingliederung zu erleichtern, kann somit möglicherweise unterstützt werden. Aufgrund der persönlichen Erfahrungsberichte kann angenommen werden, daß dieses Ziel häufig wesentlich durch die Aktivitäten des Mentors gefördert werden konnte. Es kommt hier sicherlich auf den Einzelfall an, wobei Art und Dauer der Erkrankung und äußerliche Faktoren wie städtische oder ländliche Bevölkerung erschwerend oder erleichternd hinzukommen.

Als Konsequenz müßte eine individuell abgestufte Nachbetreuung vorgenommen werden. Insbesondere chronisch Kranke und Suchtkranke bedürfen einer besonderen Obhut. Die von uns aufgestellten Bedingungen, die Nachbetreuungsphase auf acht bis zehn Wochen zu beschränken, läßt sich bei Akutkranken mit unkomplizierten Verläufen, z.B. nach einer

Phase einer endogenen Depression oder einer akuten schizophrenen Episode mit großem Erfolg verwirklichen. Unsere Patienten wurden in der Mehrzahl länger als zwei Monate nachbetreut, wobei hier zwei Faktoren eine Rolle spielten. Einmal die Art der Erkrankung zum anderen die Art der Beziehung. Wohnte z.B. der Mentor im gleichen Haus oder bestand gar häusliche Gemeinschaft, was sich trotz unserer auferlegten Forderungen, in einigen Fällen nicht umgehen ließ, so war die Betreuung nicht auf zwei Monate zu beschränken.

Chronisch Kranke und Suchtkranke mußten länger bisweilen dauernd und spezieller betreut werden, so daß dies bei der Auswahl und Ausbildung des Mentors berücksichtigt werden muß.

4.2.3 Schwierigkeiten in der Nachbetreuungsphase, Konsequenzen

Konnte sich die Arbeit bezüglich sozialer Wiedereingliederung überwiegend erfolgreich gestalten, so gelang es häufig nicht, individuelle Probleme zu überwinden.

In diesen Fällen gilt es auf die Fachdisziplin zu verweisen, wobei die Mentoren gerade ideal die Gefühle und Wünsche der Patienten durch den intensiven Kontakt eruieren können und sie an entsprechende Fachleute oder Einrichtungen weiterleiten können.

Es bestand die Forderung an den Mentor, keine unkontrollierte Psychotherapie durchzuführen, so daß auch nicht erwartet werden konnte, daß der Mentor bei diesen Problemen eine entscheidende Hilfestellung gab.

Die Hauptbelastung des Mentors waren zeitlicher und psychischer Art.

Da die meisten Mentoren im Berufsleben standen, lag der Hauptzeitpunkt der Betreuung in ihrer Freizeit, so daß hier mit Sicherheit hohe Anforderungen an seine Person und sein eigenes

soziales Umfeld gestellt wurden.

Wenn sich dann noch Spannungen im Mentor-Patientenverhältnis ergaben sowie eine Anhäufung von ungelösten Problemen auftraten, so erklärte sich eine starke psychische Beanspruchung.

Deshalb wählten wir nur Personen als Mentor aus, die "psycho-sozial gefestigt" erschienen. Diese aufgestellte Forderung zeigte sich besonders wichtig im Hinblick auf den Erfolg der Nachbetreuung. Aus diesem Grund war es wichtig, den Mentor in einer Einzelsitzung kennenzulernen und ihn auf seine Aufgabe vorzubereiten. Ideal wäre eine Vorbereitungsphase in mehreren Sitzungen mit gezielter Schulung und eine kontinuierliche Nachbetreuung der Mentoren.

4.2.4 Diskussion der Fragebogenergebnisse unter Einbeziehung der Kontrollgruppe

Das positive Ergebnis der Mentorenarbeit wirft weiter die Frage auf, wie hoch ist überhaupt das Bedürfnis seitens der Patienten nach einer poststationären Betreuung?

Wie das Resultat der Befragung von nichtbetreuten ehemaligen Patienten mit ähnlichem Erkrankungsspektrum (Kontrollgruppe) zeigt, sprachen sich etwa die Hälfte für eine generelle Nachbetreuung und nochmals ein Viertel für Nachbetreuung in besonderen Fällen aus. So daß etwa drei Viertel sich positiv dafür einsetzten; wobei insgesamt 56 Prozent mit dem Modus der Zuteilung durch die Klinik nach vorhergehendem Vorschlag des Patienten einverstanden waren.

Über die Hälfte der Kontrollgruppe glaubte, daß es ihnen mit einem Mentor nach der Klinikentlassung besser gegangen wäre. Ein Fünftel hatte nach der Klinikentlassung keine Vertrauensperson, an die sich in schwierigen Situationen hätte wenden können. Eine Situation, die für die soziale Reintegration nicht gerade förderlich ist, so daß gerade diese Gruppe eine

Nachbetreuungseinleitung durch die Klinik nötig gehabt hätte.

Zur Frage der sozialen Herkunft des Mentors lautete die Antwort von Seiten der betreuten Patienten in ca. 46 Prozent der Fälle aus dem Bekanntenkreis.

Etwa 42 Prozent sprachen sich für einen Mentor aus der Verwandtschaft aus, nur etwa acht Prozent wollten durch Sozialdienste und etwa vier Prozent durch ehrenamtliche Gemeindebürger betreut werden.

In der Kontrollgruppe gaben 20 Prozent Bekanntenkreis, 28 Prozent Verwandtenkreis und 20 Prozent Sozialdienste an, wobei 32 Prozent die Frage nicht beantworteten.

Daraus ist zu folgern, daß die Mehrzahl der Patienten Mentoren aus dem Bekannten- oder Verwandtenkreis wünschten und nur in wenigen Fällen ein Mentor aus dem Sozialdienst oder der Gemeinde gewünscht wurde.

Unsere Mentoren stammten etwa zu gleichen Teilen aus der Verwandtschaft und Bekanntschaft.

Dies scheint auch sinnvoll, da gerade damit die Forderungen an den Mentor auf günstige Voraussetzungen treffen. Verwandte und Bekannte sind in das soziale Umfeld des Patienten fest verwurzelt und können somit erheblich dazu beitragen, die nach der Klinikisolierung auftretenden Kluften zu verringern und eine schrittweise Reintegration zu betreiben.

Der Mentor sollte die "gleiche Sprache" sprechen, örtliche Gegebenheiten kennen und über gute soziale Kontaktfähigkeit verfügen. Das Verhältnis zum Patienten sollte offenherzig und freundschaftlich sein, auf keinen Fall sollten therapeutische oder erzieherische Elemente aufkommen. Längere persönliche Bekanntschaft des Patienten sind für die Mentorenarbeit von größtem Vorteil, da dadurch kritische Situationen schneller erfaßt, auf persönliche Bedürfnisse eingegangen werden kann.

Diese geschilderten Eigenschaften fehlen den Mentoren aus dem Sozialdienst; sie haben dagegen größere Erfahrung im Umgang mit Patienten. Vor- und Nachteile sind im Einzelfall kritisch abzuwägen; Kooperationsbereitschaft ist erforderlich. Eine patientenorientierte Schulung sollte vor der Aufnahme der Mentorenarbeit unter allen Umständen erfolgen. Mit diesen Voraussetzungen ausgestattete Mentoren aus dem Bekannten- oder Verwandtenkreis dürften die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Nachbetreuung sein. Nicht vergessen werden sollte, daß die Mentoren freiwillig die Patientenbetreuung übernehmen, so daß ein hohes Ausgangesengagement angenommen werden kann.

Überdurchschnittliches Engagement mit hohem zeitlichen und psychischem Aufwand kennzeichnen die Laienarbeit der Mentoren. In den Fällen, wo diese Voraussetzungen nicht vorliegen, sollte die Nachbetreuung durch routinierte Sozialdienstarbeiter übernommen werden, die sicherlich auch mit hohem Einsatz ihre Arbeit verrichten.

Hohe Selbstanforderungen werden auch an die freiwilligen Pfarrgemeindemitarbeiter, wie sie Haase (1977) einsetzt, gestellt. Der persönliche Einsatz, die Kenntnis der familiären Situation und die Kontakte mit der Umgebung sowie die Kenntnis über menschliche Stärken und Schwächen des Betreuten ergeben Vorzüge für Mentoren aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis. Die geforderten Betreuungsbedingungen an den Mentor (keine "unkontrollierte Psychotherapie") wurden soweit ersichtlich, eingehalten. Negative Auswirkungen der Mentorenarbeit wurden nicht beobachtet.

Welche Erwartungen werden an den Laienhelfer seitens der Patienten gestellt?

In der Kontrollgruppe erhoffte man sich Hilfe bei beruflichen Problemen, bei der Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung sowie bei der Kontaktknüpfung. Bezüglich Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung kann man aufgrund der Antworten der betreuten Gruppe behaupten, daß dies in den meisten Fällen

gelang und somit als realisierbar erscheint, wobei der Begriff Alltagsbewältigung noch zusätzlicher Erläuterung bedarf.

Einem Patienten, der aus der Klinik entlassen wird und mehrere Wochen dem Klinikrhythmus angepaßt war, wird es zunächst Probleme bereiten, wieder einen ausgefüllten Tagesablauf zu finden. Wer einige Wochen aus der Umgebung herausgerissen ist, verliert den natürlichen Weitergang der Ereignisse und fühlt sich nach der Rückkehr zunächst unsicher und braucht eine gewisse Eingewöhnungsphase, die je nach Fall kürzer oder länger dauern kann. Kommt noch eine psychiatrische Erkrankung hinzu, so wird der Schritt zurück noch schwieriger werden. Genau hier kann der in die entsprechende Gesellschaft integrierte Laienhelfer (er spricht "dieselbe Sprache") dem "hilflosen" Patienten den Zugang wesentlich erleichtern. Dieser soziolinguistische Aspekt ist somit ein Vorteil der Laiennachsorge aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis. Dazu gehört aber auch einen geregelten Tagesrhythmus einzuführen. Vorschläge über die Tagesgestaltung zu machen, Durchführung praktischer Arbeiten (Kochen, Waschen, Nähen, Einkaufen, Außenarbeiten u.a.), bei auftauchenden Fragen hilfreich zur Seite zu stehen.

Gerade die Anfangsphase stellt den Klinikpatienten immer wieder vor enorme Schwierigkeiten. Alltagsbewältigung heißt, die Angelegenheiten des täglichen Lebens bewerkstelligen zu können. Ist dieser erste Schritt vollzogen, so ist die Basis für die weitere Rehabilitation (z.B. berufliche) geschaffen.

Aus diesem Grund bestand die Absicht, den Mentor nur als Übergangslösung für die erste Phase der extramuralen Stabilisierung einzusetzen.

Art und Dauer der Erkrankung spielen natürlich eine entsprechende Rolle, so daß oben Erwähntes bezüglich spezifizierter Nachsorge bei der Mentorenschulung entsprechend Berücksichtigung finden muß und bei entsprechenden Fällen eine längere, wenn nicht Langzeitbetreuung vorgenommen werden muß. Die Freizeit

gehört auch in die Alltagsbewältigung und sollte gerade am Anfang entsprechend genutzt werden, die sozialen Kontakte zu fördern (soziale Rehabilitation in der weiteren Umgebung).

Immerhin gaben mehr als die Hälfte der Befragten aus der Kontrollgruppe an, sie hätten eine Hilfestellung in Bezug auf Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung brauchen können.

So auch der große Wunsch nach Unterstützung bei der Kontaktknüpfung (20 Prozent). Wobei nach Auswertung der Patientengruppe dieser Punkt nicht in allen Fällen zufriedenstellend gelöst wurde, so daß bei der Mentorenschulung auf dieses Problem gesondert eingegangen werden sollte.

Eine schwierige Aufgabe stellt die berufliche Wiedereingliederung dar.

Der Wunsch nach Unterstützung in dieser Angelegenheit stand in der Kontrollgruppe mit 30 Prozent an erster Stelle.

Das Ergebnis der Patientenbefragung zeigte, daß hier zwar in einigen Fällen geholfen werden konnte, daß aber auch in mehreren Fällen nichts erreicht wurde. Nach neuesten Angaben durch Will (1985) liegt die Arbeitslosigkeit psychiatrischer Patienten nach einem Klinikaufenthalt bei über 90 Prozent.

Die erfolgreiche Rehabilitation hängt jedoch von mehreren Faktoren ab, anzuführen sind: Allgemeine Arbeitslage, ortsspezifische Situation, erlernter Beruf, zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Art der Erkrankung, Genesungsfortschritt u.a..

Die wesentliche Aufgabe des Mentors liegt hier in der Zuweisung des Betreuten an entsprechende Sozialeinrichtungen, wie Sozialarbeiter, Behindertenwerkstätte, Arbeitsamt etc. unter Ausnutzung seiner Kenntnisse Vorort.

In diesem Punkt sollte der Mentor ebenso entsprechend aufgeklärt werden und falls nötig, Informationen über die lokalen Einrichtungen erfahren.

Die Mehrzahl der Befragten der Kontrollgruppe legten sich bezüglich der Zeitdauer der Betreuung nicht fest, sondern machten es von der Genesungsentwicklung abhängig.

Aus der Patientengruppe ergab sich dieser Trend eindeutig in diese Richtung, wobei die Grundidee der Nachsorge nicht als Dauereinrichtung vorgesehen ist, sondern sich auf etwa zwei Monate für die schwierigste Phase der poststationären Zeit beschränken sollte (vgl. oben). Hier muß man sicherlich anhand des Krankheitsbildes Anpassungen vornehmen und dies auch bei der Mentorenwahl und Aufklärung berücksichtigen. Je länger eine Betreuung dauert, desto größer ist die psychische und zeitliche Belastung des Mentors. Da gerade diesbezüglich seitens der Mentoren darauf hingewiesen wurde, sollte bei der Mentorenaufklärung nicht versäumt werden, diesen Punkt hinreichend zu erörtern.

4.2.5 Abschließende Beurteilung, Ausblick

Zusammenfassend war somit Ziel unserer retrospektiven Fragenstudie Informationen und Erkenntnisse bezüglich der poststationären Laiennachsorge zu erhalten. Basierend auf Hinweisen aus der Literatur wurde versucht, eine individuelle Nachbetreuung durch die Klinik einzuleiten.

Der Erfolg wurde in den meisten Fällen von Seiten der Patienten als auch der Mentoren positiv beurteilt.

Unser Patientengut umfaßte ein breites Spektrum psychiatrische Patienten. Dabei stellte sich heraus, daß in der Nachbetreuung doch gewisse Unterscheidungen in Abhängigkeit von der Diagnose erfolgen müssen. Insbesondere muß zwischen Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen unterschieden werden; desgleichen bedürfen Suchtkranke einer speziellen Nachbetreuung.

Die Mentoren bedürfen einer genauen Schulung mit Hinweisen auf das entsprechende Krankheitsbild; häufigere Sitzungen wären wünschenswert. Ein Mentor aus dem Bekannten- oder Verwandtenkreis bietet durch den soziolinguistischen Gleichstand mit dem Patienten erhebliche Vorteile in der Absicht, eine soziale Rehabilitation zu erreichen.

Auf den Kontakt der Mentoren zu weiterführenden sozialen Einrichtungen bzw. Ämtern und Behörden sollte gerade hinsichtlich der schlechten beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten in der Mentorenschulung besondere Bedeutung gelegt werden. Über die Gefahren einer Nachsorge mittels Laien wurden klare Aussagen getroffen; der Mentor sollte in keiner Weise therapeutisch im engeren Sinne eingreifen, vor "unkontrollierter Psychotherapie" wurde gewarnt. Nach zugegangenen Informationen kam es in dieser Beziehung zu keinen relevanten Auswirkungen.

Weiter wäre anzuregen eine Anlaufstelle in der Klinik einzurichten, wo Mentoren Rücksprache halten könnten.

Diese Stelle könnte durch eine speziell ausgebildete Schwester (oder Pfleger) besetzt werden; eine Rücksprache mit dem entsprechenden Behandler sollte auf jeden Fall offengehalten werden. In der Pfalzlinik Landeck wurde bereits eine entsprechende Stelle mit gutem Erfolg geschaffen.

Ein weiterer Vorteil einer solchen Anlaufstelle wäre die Zentralisierung der Informationen; damit gezielte Einsatz- und Steuerungsmöglichkeiten im Einzelfall, Entlastung der Station.

Bereits die Anbahnung der Mentoren-Patientenbeziehung könnte von hier aus erfolgen.

Aufwendiger, aber vielleicht effektiver sind Überlegungen, einen Mentor erst nach einer gewissen Ausbildungsphase einzusetzen, wobei die Schulung in zwei Phasen verlaufen sollte. In der Anfangsphase sollte der zukünftige Mentor eine allgemeine Einführung über den Umgang mit psychisch Kranken mit Erläuterung der einzelnen Krankheitsbilder sowie Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten der Nachsorge erhalten. In der Folge kann auf spezielle Probleme unter Einbeziehung auf den künftig zu betreuenden Patienten eingegangen werden.

Wie einige ausländische Studien zeigen, können damit die Rückfallsquoten weiter gesenkt werden (Katschnig, Konieczna, 1985; Hogarty, 1980). Dies wäre als Anregung für eine weiterführende Arbeit aufzugreifen; insbesondere wäre interessant,

inwieweit sich abgestuft nach Diagnosen Wiedereinweisungen verhindern lassen, wenn eine optimale Nachsorge betrieben wird. Zur optimalen Nachsorge gehört selbstverständlich auch die hinreichende medikamentöse Therapie.

Gerade hier ist die Regelmäßigkeit der Einnahme Voraussetzung für einen Erfolg. Wer die allgemeine Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme realistisch einschätzt, kann davon ausgehen, daß häufig bei Besserung der Beschwerden die Medikamente eigenmächtig abgesetzt werden und so ein Rückfall möglicherweise wahrscheinlicher wird. Gerade in dieser Hinsicht kann der Mentor durch die "Kontrolle" der Medikamenteneinnahme und der dahingehenden entsprechenden Motivierung des Patienten dazu beitragen, den erreichten Erfolg der klinischen Behandlung zu sichern.

5. Zusammenfassung

Die soziale Reintegration psychiatrischer Patienten nach einem längeren Klinikaufenthalt stellt in vielerlei Hinsicht ein Problem dar. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, daß eine spezielle Nachbetreuung anzustreben ist, um den Patienten den Übergang von der Krankenstation in den Alltag zu erleichtern.

Dieses Problem wurde bereits im 19. Jahrhundert erkannt und aufgegriffen. Es wurden Hilfsvereine gegründet, um den entlassenen Patienten zu unterstützen. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden dann sämtliche derartige Vereine aufgelöst und erst Ende der sechziger Jahre wieder neu gegründet, ähnlich verlief es mit den Initiativen seitens der Kliniken.

Neben der Unterstützung durch organisierte Laienhelfer in den Hilfsvereinen, werden auch von Kliniken Laienhelfer direkt eingesetzt, um die Übergangsphase zu erleichtern.

Am Bezirkskrankenhaus Günzburg und an der Nervenlinik der Ludwig-Maximilian-Universität München wurden Laienhelfer, sog. "Mentoren", nach vorhergehender Absprache mit dem Patienten und Prüfung der Auswahlkriterien bezüglich der Voraussetzungen des Mentors eingesetzt.

Die von uns durchgeführte retrospektive Untersuchung erfolgte mittels Fragebögen und umfaßte 24 auswertbare Patientenfragebögen, 30 auswertbare Mentorenfragebögen und 25 auswertbare Kontrollpatientenfragebögen. Gesamtzahl der Mentoren war $N = 45$.

Die Patienten stammten zum kleineren Teil aus dem Bezirkskrankenhaus Günzburg und zum überwiegenden Teil aus der Nervenlinik der LMU München.

Ziel der Studie war Stärken und Schwächen der Mentorennachsorge herauszufinden, um für die Zukunft eine Optimierung der Nachsorge in dieser Form zu erreichen.

Da es Hinweise aus amerikanischen und englischen Studien gibt, daß die Rückfallsquote bei gezielter Nachsorge mittels Laienhelfer geringer ausfällt, war unser Ziel darauf gerichtet, den Verlauf der sozialen Rehabilitation zu stabilisieren, um damit den ehemaligen Patienten möglichst bald wieder voll zu integrieren.

Inwieweit dies gelingt, hängt natürlich von den verschiedensten Faktoren, wie Art und Dauer der Erkrankung, Art der sozialen Umgebung, Fähigkeiten und Engagement des Mentors, eigene soziale Kontaktfähigkeit u.a. ab.

Die Ergebnisse der Patientengruppe, wobei ein breites Spektrum psychiatrischer Erkrankungen einbezogen war, zeigen, daß gerade in der schwierigen Anfangsphase der Mentor erheblich mit-helfen konnte, den Kontakt zur Umgebung wieder herzustellen. Ob es bei Freizeitgestaltung, Kontaktknüpfung oder beruflichen Schwierigkeiten war oder ob es um "Überwachung" von Medikamen-

teneinnahme und Arztbesuch ging, der Mentor konnte sich in vielerlei Hinsicht als nützlich erweisen und trug somit möglicherweise zu einer schnelleren Wiederanpassung und Genesung bei. Dies bestätigen die Mentoren in ihren Antworten, wobei bei der Kontrollgruppe ebenso klar hervorging, daß der Bedarf nach Nachsorge seitens der Patienten groß ist und gewünscht wird, da nicht alle eine intakte Familie zuhause vorfinden, die hier mit eingreifen könnte.

Nicht alle Wünsche der Patienten, insbesondere berufliche, persönliche, intime Angelegenheiten konnte der Mentor erfüllen. Da hier Faktoren wie Art und Dauer der Erkrankung, Ausbildung des Mentors, soziales Umfeld, berufliche Ausbildung u.a. die Bemühungen in Grenzen weisen, gilt es für die Zukunft die Mentoren auf diese Gegebenheiten besonders aufmerksam zu machen und zu schulen und die Kooperation mit den "professionellen" Nachsorgeeinrichtungen zu fördern. Desgleichen müssen aufgrund der einzelnen Diagnosen gewisse Unterschiede in der Nachbetreuung gemacht werden, wobei besonders zwischen akut und chronisch Kranken unterschieden werden muß. Eine eigene Gruppe bilden die Suchtkranken, die besonderer Obhut bedürfen.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der von uns durchgeführten Mentorennachsorge, sollte sie auf jeden Fall, den individuellen Bedürfnissen angepaßt, weitergeführt werden.

Negative Einflüsse durch die Mentoren wurden bis jetzt nicht bekannt. Zur Vermeidung dieser erfordert es einer präzisen Aufklärung und falls möglich einer intensiven Schulung, bei der auch die Grenzen der Laienhilfe beim Umgang mit psychiatrischen Patienten aufgezeigt werden sollten.

Zu wünschen wäre für eine Klinik eine zentrale Anlaufstelle, die durch geschulte Schwestern (Pfleger) geführt werden könnte. In Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal der einzelnen Stationen könnte eine optimale Nachsorge durch ausgewählte und gut geschulte Mentoren erfolgen.

Wichtig wäre auch das poststationäre "feed-back" bei Problemsituationen, wo sowohl Mentoren wie ehemalige Patienten einen zusätzlichen Fachberater zur Verfügung hätten und dadurch kritische Situationen rascher erkannt und der "richtigen Therapie" zugeführt werden könnten.

Es scheint möglich, daß eine gute Nachsorge Rückfälle vermeiden hilft, wobei der Laienhelfer in der Nachsorge ein "kleines Glied" in der Kette der Möglichkeiten darstellt, das aber im Einzelfall von enormer Bedeutung werden kann..

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

- 1) Alsen, V., R. Burkhardt, E. Class, G. Dehn, H.J. Draenert, E. Dürr, P. Frör, U. Fuchs, E. Gelke, W. Gruner, E. Harmsen, R. Haupt, L. Horn, G. Irle, M. Kleßmann, R. Lempp, F. Marten, H.W. Marten, A. May, K. Oesterreich, F. Rueß-Alberti, W. Stäbler, M. Stankow, W. Steffens, K. Strauß, I. Traub, H.J. Wachsmuth, M. Wohlhüter:
Psychisch krank, Hrsg.: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, 5. Auflage, Stuttgart, 1981.
- 2) Baeyer v., W.: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychisch Kranken, Sozialpsychiatrie, 1 (1966), 2 - 6.
- 3) Bakony, H.: Erfahrungen aus der Arbeit der Abteilung Gemeindepsychiatrie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim. In: (Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.): Gemeindenahe Psychiatrie. Rheinland, Köln, 1975, 64 - 72.
- 4) Battegay, R., Benedetti, G., Rauchfleisch, U.: Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich, 1977.
- 5) Bauer, M., G. Bosch, H. Freyberger, G. Hofer, H.W. Janz, K.P. Kisker, H. Krüger, P. Petersen, M. Pflanz, M. Richartz, H.K. Rose, E. Wulff: Psychiatrie, 2. Auflage Thieme, Stuttgart, 1976.
- 6) Bergener, M.: Das Psychiatrische Behandlungszentrum Köln-Merheim, ein Modell? Versuch einer Bilanz. In: C. Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.): Gemeindenahe Psychiatrie. Rheinland, Köln, 1975, 107 - 130.
- 7) Bleuler, E.: zit. n. Lange, E., Geiger, E.M., Mucha, H.: Von der karitativen zur rehabilitativen Gesundheitsfürsorge. In: Petrilowitsch, N., Flegel, H. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Karger, Basel - New York, 1969, 69 - 86.

- 8) Bosch, G.: Psychotherapie und Soziotherapie. Sozialpsychiatrie, 2 (1967), 111-124.
- 9) Brosius: Hilfsvereine für Geisteskranke. In: Betz, Friedrich (Hrsg.): Der Irrenfreund, Psychiatrische Monatsschrift für praktische Aerzte. 18. Jahrgang, Nr. 5 u. 6 (1876), 73. Zit. nach: Thebrath, J.: Zur Entwicklung der Psychiatrie. In: Laienhilfe in der Psychiatrie (herausgegeben im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln; Nachdruck des "im blickpunkt" Nr. 2/1978 mit freundlicher Genehmigung des Landschaftverbandes Rheinland Köln und des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. Bonn), Köln, 1978, 18-36.
- 10) Cooper, B.: Die Bedeutung von Forschungsergebnissen für Praxis und Planung in der Psychiatrie. In: C. Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.): Gemeindenahe Psychiatrie. Rheinland, Köln, 1975, 144-151.
- 11) Ehrhardt, H.: Das mittelfristige Mental-Health-Programm der Weltgesundheitsorganisation und die Psychiatrie-Enquête. In: Reimer, F. (Hrsg.): Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Krankenhauspsychiatrie - 10. Weinsberger Kolloquium. Weinsberg, 1981, 27 - 55.
- 12) Falthhauser, V.: Die Entwicklung und Einrichtung einer Fürsorge. In: Roemer, H., Kolb, G., Falthhauser, V. (Hrsg.): Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Springer, Berlin, 1927, 184-227.
- 13) Falthhauser, V.: Die offene Fürsorge der mittelfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. In: Roemer, H., Kolb, G., Falthhauser, V., (Hrsg.) a.a.O., 21-30.

- 14) Finzen, A., Pörksen, N., Roesger, U.: Studentische Laienarbeit in einer Nervenambulanz, *Nervenarzt* 41 (1970), 397-400.
- 15) Finzen, A., Wiethölter, H.: Studentische Laienarbeit als wirksame Form langfristiger psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit. In: H. Lauter, J.E. Meyer (Hrsg.): *Der psychisch Kranke und die Gesellschaft*. Thieme, Stuttgart, 1971, 111-116.
- 16) Fischer-Homberger, E.: Germany und Austria. In: *World History of Psychiatry*. Edited by: Howells, J.G., Brunner/Mazel, New York, 1975, 257-288.
- 17) Fischer, M.: Die Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Mannheim. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Faltlhauser (Hrsg.), a.a.O., 35-43.
- 18) Gans v., G.: Zehn Jahre Laienhelferin. In: D. Hamburger, K. Lehnstaedt (Hrsg.): *10 Jahre Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e.V.*, Beiträge zu einer offenen psychiatrischen Versorgung. München, 1980, 23-24.
- 19) Gastpar, M.: Hospitalisation or out-patient treatment, a psychological und economical problem. In: *Rehabilitation of patients with schizophrenia and with depressions*. Edit. by J.K. Wing, P. Kielholz, M.Z. Zinn. Bern, Stuttgart, Vienna, 1981, 132-144.
- 20) Gleiss, I., Seidel, R., Abholz, H.: *Soziale Psychiatrie* (Hrsg.: E. Altvater, H.E. Bahr, W. Gottschalch, K. Holzkampf, U. Jaeggi, R. Wiethölter). Fischer, Frankfurt, 1973.
- 21) Goldberg, M.E.: Service for the family. In: *Roots of Evaluation - The epidemiological basis for planning psychiatric service*. Edit. by J.K. Wing, H. Häfner, London, New-York, Toronto, 1973, 281-296.

- 22) Greenblatt, M., Kantor, D.: Student Volunteer Movement and the Manpower Shortage. The American Journal of Psychiatry, 118 (1962), 809-814.
- 23) Haase, H.J.: Sozialpsychiatrie im Wirkungsbereich des psychiatrischen Krankenhauses unter besonderer Berücksichtigung der Pfalzlinik Landeck. In: Haase, H.J. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Schattauer, Stuttgart - New York, 1977, 33-54.
- 24) Häfner, H.: Soziale Rehabilitation. Nervenarzt, 35 (1964). 242-247.
- 25) Hasse, K.: Die offene Fürsorge für Geisteskranke der Stadt Berlin. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthäuser (Hrsg.), a.a.O., 63-72.
- 26) Hogarty, G.E.: Langfristige Pharmako- und Soziotherapie bei schizophrenen Patienten - eine kritische Übersicht. In: Ergebnisse der psychiatrischen Therapieforchung (Hrsg.: K. Krypsin-Exner, H. Hinterhuber, H. Schubert). III. Alpenländisches Psychiatrie-Symposium Seefeld. Schattauer, Stuttgart - New York, 1980, 171-176.
- 27) Huber, G.: Ergebnisse Kasuistik und Diskussionen - Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung - notwendige Strukturreform oder "unrealistisches Wunschdenken"? Nervenarzt, 43 (1972), 482-485.
- 28) Jetter, D.: Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780-1840). Steiner, Wiesbaden, 1971.
- 29) Katschnig, H., Konieczna, T.: "Netzwerk-Therapie" - der Erfolg ist meßbar! Ärztliche Praxis, 37 (1985), 1762-1767.
- 30) Klostermann, B.: Die Begleitung, Laienhelfer in der Psychiatrie am Beispiel Haar, Süddeutsche Zeitung, 99 (1978), 117.

- 31) Kohlscheen, G.: Beratungsstellen in der gemeindenahen Psychiatrie. In: C. Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.), a.a.O. 53-58.
- 32) Kluge, E.: Das einzige ernste Hindernis: Zweifel an der Hilfsbereitschaft - Aus der praktischen Arbeit mit Laienhelfern. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Partner sein. 1. Auflage, Bonn, 1980, 26-28.
- 33) Kolb, G.: Die offene Geisteskrankenfürsorge im Ausland. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Faltlhauser (Hrsg.), a.a.O., 94-132.
- 34) Kulenkampff, A.: Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeit von Laien in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In: H. Lauter, J.E. Meyer (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Thieme, Stuttgart, 1971, 108-110.
- 35) Kulenkampff, C.: Zeitgemäße Formen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. In: C. Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.): Gemeindenahe Psychiatrie. Rheinland, Köln, 1975, 13-18.
- 36) Lange, E. Geiger, E.M., Mucha, H.: Von der karitativen zur rehabilitativen Gesundheitsfürsorge. In: Petrilowitsch, N., Flegel, H. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Karger, Basel-New York, 1969, 69-86.
- 37) Lindinger, H.: Über Aufgaben und Aufbau einer Nachbetreuung anstaltsentlassener Patienten. Nervenarzt, 35 (1964), 237-241.
- 38) Marckwort, I.: Zur Motivation eines Laienhelferkreises am psychiatrischen Krankenhaus. Eine sozialpsychologische Untersuchung. Psychiatrische Praxis, 2 (1975), 109-118.

- 39) Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik (Hrsg.: H. Keupp, M. Pflanz, J. Siegrist). Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1975.
- 40) Pörksen, N.: Kommunale Psychiatrie - Das Mannheimer Modell. Rowohlt, Reinbek, 1974.
- 41) Porter, W.: Die Bedeutung von Laien in der amerikanischen Psychiatrie. In: Reimer, F. (Hrsg.): Hilfsvereine und Laiengruppen als integrale Bestandteile psychiatrischer Versorgung. Weinsberg, 1975, 14-18.
- 42) Raecke, J.: Die städtische Fürsorge für Gemüts- und Nervenkrankte in Frankfurt a.M.. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthäuser (Hrsg.), a.a.O., 58-63.
- 43) Reimann, H.: Die Mental Health Bewegung. Ein Beitrag zur Kasuistik und Theorie der sozialen Bewegung. Tübingen, 1976.
- 44) Roback, A.A.: Weltgeschichte der Psychologie und Psychiatrie. Walter, Olten-Freiburg, 1970.
- 45) Roemer, H.: Die offene Geisteskrankenfürsorge und das öffentliche Irrenwesen. In: Lauter, H., Meyer, J.E., (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Springer, Stuttgart, 1971, 348-379.
- 46) Rose, H.K., Zerssen v., D.: Überlegungen zu einem sozial-psychiatrischen Reaktivierungsprogramm bei chronisch-Psychotischen. Nervenarzt, 40 (1969), 255-264.
- 47) Rupp, E.: Der Laienhelferkreis in der Waldhausklinik. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Partner sein - Laienhelfer in der Psychiatrie, Tagungsberichte Berlin 81. Bonn, 1982, 19-22.

- 48) Rüther, B.: Der Aktionsschluß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke. In: H. Lauter, J.E.Meyer (Hrsg.), a.a.O., 117-121.
- 49) Schneider, K.: Die Fürsorgestelle für Nervöse der Stadt Köln. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthäuser (Hrsg.), a.a.O., 54-57.
- 50) Schneider, R.: Die offene Fürsorge für Geisteskranke in der Stadt Leipzig im Anschluß an die Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Falthäuser (Hrsg.), a.a.O., 31-35.
- 51) Schöck, G.: Wie wir am besten helfen können. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Partner sein. 1. Auflage, Bonn, 1980, 6-23.
- 52) Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 5. Auflage, 1979.
- 53) Seidl, F.: Aus der Welt der Helfer: Laienhafter Versuch über die Motivation von Laienhelfern. Sozialpsychiatrische Information, 12 (1982), 51-58.
- 54) Siedow, H.: Ist ein Hilfsverein für Nerven- und Gemütskranke heute noch notwendig? Blätter der Wohlfahrtspflege, 111 (1964), 220-222.
- 55) Sobey, F.: The Nonprofessional Revolution in Mental-Health. Columbia University Press, New York, London, 1970.
- 56) Springam, N.D., et.: The volunteer and the psychiatric patient, APA, Washington, D.C., 1959.
- 57) Stumme, W.: Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken - Vorurteil oder Urteil? In: H. Lauter, J.E. Meyer (Hrsg.), a.a.O., 43-62.

- 58) Tacke, B.: Stationäre und ambulante Psychiatrie unter dem Aspekt der Rehabilitation. In: C. Kulenkampff, W. Picard (Hrsg.), a.a.O., 76-79.
- 59) Thebrath, J.: 150 Jahre Bürgerhilfe für psychisch Kranke. Zur Geschichte deutscher Hilfsvereinigungen. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Partner sein - Ein Leitfaden für Laienhelfer in der Psychiatrie. 1. Auflage, Bonn, 1980, 47-53.
- 60) Thebrath J.: Lückenbüßer des Systems oder Anwälte der Kranken? In: Laienhilfe in der Psychiatrie (herausgegeben im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; Nachdruck des "im blickpunkt" Nr. 2/1978 mit freundlicher Genehmigung des Landschaftsverbandes Rheinland Köln und des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. Bonn). Köln, 1978, 48-55.
- 61) Thebrath, J.: Zur Entwicklung der Psychiatrie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), a.a.O., 18-36.
- 62) Thebrath, J.: Was freiwillige Helfer für psychisch Kranke leisten können: In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.), a.a.O., 33-35.
- 63) Umbarger, C.C.: College students in a mental hospital, New York, 1962.
- 64) Viefhues, H.: Gruppentherapeutische Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Nervenarzt, 32 (1961), 211-217.
- 65) Walther, H.: Neue Wege zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Blätter der Wohlfahrtspflege, 111 (1964), 217-220.

- 66) Wendenburg, F.: Die kommunale Fürsorgestelle für Geisteskranke usw.. In: H. Roemer, G. Kolb, V. Faltlhauser (Hrsg.), a.a.O., 72-80.
- 67) Wendenburg, F.: Soziale Hygiene. C. Heymanns, Berlin, 1929.
- 68) Wendenburg, F.: Bedeutung und Arbeitsmethoden der Gesundheitsfürsorge. In: Wendenburg, F. (Hrsg.): Gesundheitliche Schulerziehung. Schoetz, Berlin, 1926, 9-26.
- 69) Will, H.: Nach stationärer Behandlung sind 90 Prozent arbeitslos! Ärztliche Praxis, 37 (1985), 2276.
- 70) Wing, J.K.: Soziale Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 18 (1968), 141-148.
- 71) Winterfeld v., R.: Bericht der Arbeitsgruppen "Laien-
helfer - Mitbürger oder Lückenbüßer". In: Dachverband
Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.):
Partner sein - Laienhelfer in der Psychiatrie - Tagungs-
berichte Heppenheim 1982. Bonn, 1982, 13-15.
- 72) Zeller, G.: Die Brücke. In: Dachverband Psychosozialer
Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Partner sein - Laien-
helfer in der Psychiatrie - Tagungsberichte Berlin 81.
Bonn, 1982, 13-18.

A n h a n g

Informationsblatt zum Mentoren-Programm

Voranschreiben (Patienten)

Hauptanschreiben (Patienten)

Erstes Erinnerungsschreiben (Patienten)

Zweites Erinnerungsschreiben (Patienten)

Fragebogen (Patient)

Erstes Anschreiben (Mentoren)

Erstes Erinnerungsschreiben (Mentoren)

Zweites Erinnerungsschreiben (Mentoren)

Fragebogen (Mentor)

Anschreiben (Kontrollgruppe)

Erstes Erinnerungsschreiben (Kontrollgruppe)

Zweites Erinnerungsschreiben (Kontrollgruppe)

Fragebogen Nichtbetreute

Einverständniserklärung

Antwortschreiben des Dachverbandes

Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. zur Fernsehsendung
des ZDF vom 04.10.1982

Merksätze zur Laienhelferaktion in der Pfalzlinik Landeck

Informationsblatt zum Mentoren-Programm

Sehr geehrter Angehöriger/Bekannter unseres Patienten!

Wir bedanken uns sehr, auch im Namen unseres Patienten, für Ihre Bereitschaft, sich als "Mentor"- als Betreuer- nach der Entlassung zur Verfügung zu stellen.

Sowohl die Angaben aus der wissenschaftlichen Literatur, wie auch unsere eigenen klinischen Erfahrungen und die Berichte und Angaben der Patienten selbst, zeigen, daß die Zeit unmittelbar nach der Entlassung aus stationärer Behandlung stets besonders kritisch ist.

Während des stationären Aufenthaltes werden die Patienten durch Einzel- und Gruppengespräche auf die möglichen Schwierigkeiten nach der Entlassung vorbereitet. Jedoch kann der Wechsel von stationärer psychiatrischer Behandlung mit vielfältigen Therapieverfahren wie z.B. Einzel- oder Gruppengesprächstherapie, Bewegungs-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie im Zusammenwirken mit medikamentöser Behandlung, zur vorher gewohnten häuslichen und sozialen Umgebung die Patienten stark belasten.

Als mögliche Gründe seien nur angeführt: verminderte Belastbarkeit der Patienten nach abgeklungener Krankheit und möglicherweise sogar verstärkte seelische Belastung nach der Entlassung durch mögliche Unsicherheiten und vielleicht auch durch Vorurteile ihrer Mitmenschen.

Wir versuchen mit ihrer Hilfe den Patienten in dieser kritischen Zeit zusätzliche Unterstützung zu geben: Sie können viel helfen, wenn Sie nach dem einführenden Gespräch mit dem behandelnden Arzt, sich nach der Entlassung sich einfach etwas um Ihren krank gewesenen Mitmenschen kümmern: besuchen Sie ihn öfters, gehen Sie spazieren mit ihm, laden Sie ihn wieder ein zu gemeinsamen Unternehmungen usw.; denken Sie daran, daß einfache Hilfen die besten sind.

Wenn Sie in dem kritischen Zeitraum von ca. sechs bis acht Wochen nach der Entlassung Zeit und Zuwendung für den wieder sich stabilisierenden Mitmenschen aufbringen, könnten Sie mithelfen, den Behandlungserfolg zu sichern und einem Rückfall vorzubeugen.

In den Gruppengesprächen, deren Termin und Ort wir Ihnen persönlich mitteilen, stehen wir Ihnen für alle Fragen und möglichen Schwierigkeiten zur Verfügung. Außerhalb dieser Zeiten sind wir jedoch ebenfalls stets zu telefonischem Rat und Hilfe bereit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Voranschreiben (Patienten)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr.7
8000 München 2

München, Februar 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Im Rahmen unseres Nachsorgeprogramms wurde Ihnen bei der Klinikentlassung auf Wunsch ein Betreuer (Mentor) vermittelt. Dieses System der Nachbetreuung wurde zunächst von Dr. Neumann und Dr. Günther am Bezirkskrankenhaus Günzburg eingeführt. Dr. Günther führte nach seiner Versetzung nach München an die Psychiatrische Universitätsklinik auch hier diese Form der Nachsorge ein.

Insgesamt werden nun seit zwei Jahren entlassene Patienten mit Mentoren versorgt. Der Mentor sollte sich vorallem in den ersten Wochen nach der Entlassung besonders intensiv um den betreuten "Patienten" kümmern.

Dies scheint nach unseren bisherigen Erfahrungen in vielen Fällen gut, in einigen weniger gut funktioniert zu haben. Im Rahmen einer Untersuchung möchten wir erfahren, wie es in Ihrem Fall verlaufen ist.

Es wäre uns eine echte Hilfe, wenn Sie sich bereiterklärten, dabei mitzumachen. Vorallem könnten wir anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung in Zukunft eine noch bessere Betreuung erreichen. Wir werden Sie daher in den nächsten Wochen einmal anrufen, um mit Ihnen einen günstigen Termin für ein kurzes Gespräch zu vereinbaren.

Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym und streng vertraulich!

Wir würden uns über Ihre Mitarbeit freuen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr. W. Günther) (Doktorand Ascher)

Hauptanschreiben (Patienten)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr.7
8000 München 2

München, April 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Vor kurzem haben wir Sie in einem Brief informiert, daß wir im Rahmen eines Nachsorgeprogramms die Absicht haben, Sie anzurufen, um einen Besuchstermin auszumachen. Aufgrund verschiedener Umstände zogen wir es nun vor, die Befragung mittels Fragebogen durchzuführen, den wir Ihnen heute gleich beilegen dürfen. Insbesondere interessiert uns, wie Sie mit Ihrem Betreuer (Mentor) zufrieden waren und welche Verbesserungen in Bezug auf den Mentor vorgenommen werden müßten. Bitte füllen Sie uns den beigelegten Fragebogen aus und senden Sie ihn zusammen mit der Einverständniserklärung an uns zurück. Sollten Sie dabei irgendwelche Fragen haben, so rufen Sie uns bitte an (Tel. 089/5160 3349) oder sprechen Sie mit Ihrem Betreuer.

Wir möchten Sie noch einmal darauf hinweisen, daß es sich hier um keine nachträgliche Kontrolle handelt, sondern lediglich um eine wichtige Information für uns, wie wir in Zukunft unsere Nachsorge verbessern können. In diesem Sinne freuen wir uns auf Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr.W. Günther) (Doktorand Ascher)

Anlagen: Fragebogen, Freiumschlag, Einverständniserklärung

Erstes Erinnerungsschreiben (Patienten)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7
8000 München 2

München, Juni 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Im April 1981 sandten wir Ihnen einen Fragebogen zu, mit der Bitte, diesen auszufüllen und wieder zurückzusenden. Leider ist Ihr Fragebogen bisher nicht zurückgekommen, so daß wir annehmen, daß Sie in der Hetze des Alltags einfach darauf vergessen haben.

Es wäre aber für uns sehr wichtig, Ihre Meinung zu dem Problem der Betreuung eines Klinikentlassenen zu erfahren. Deshalb möchten wir Sie bitten, ihn in dem beigelegten Freiumschlag an uns zurückzusenden.

Wir legen Ihnen auch noch einmal einen Fragebogen bei.
Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr.W. Günther) (Doktorand S.Ascher)

Anlagen: Fragebogen, Freiumschlag

Zweites Erinnerungsschreiben (Patienten)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr.7
8000 München 2

München,

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Wir sandten Ihnen im April und Juni dieses Jahres einen Fragebogen zu, mit der Bitte, diesen auszufüllen und wieder an uns zurückzusenden. Leider traf der ausgefüllte Fragebogen bisher nicht bei uns ein.

Sie haben sicherlich in der Hektik des Alltags noch keine Zeit dazu gefunden.

Es wäre für uns dennoch sehr wichtig, Ihre Erfahrung und Meinung zu dem Problem der Nachbetreuung mittels eines Mentors mitgeteilt zu bekommen. Sollten Ihrerseits gewisse Bedenken gegen das Ausfüllen des Fragebogens bestehen, so lassen Sie uns das wissen.

Sie können uns auch durch sonstige schriftliche Mitteilungen Ihre Erfahrung und Meinung zukommen lassen.

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns sehr.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr. W. Günther) (Doktorand Ascher)

Fragebogen (Patient)

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Waren Sie mit dem Ihrem Mentor ☐ zufrieden
☐ sehr zufrieden ☐ nicht zufrieden
☐ äußerst unzufrieden
2. Wie oft erhielten Sie Besuch vom Mentor?
☐ 1x/Woche ☐ 2x/Woche ☐ öfter
☐ 1x/Monat ☐ 2x/Monat
3. Statteten Sie Gegenbesuche ab?
a ja ☐ nein
Wenn ja, wie oft? ☐ 1x/Woche ☐ 2x/Woche ☐ öfter
☐ 1x/Monat ☐ 2x/Monat
4. Nahm sich der Mentor immer genügend Zeit für Sie?
☐ ja ☐ nein ☐ nur gelegentlich
5. War es für Sie eine Belastung bei Problemen den Mentor
zu Rate zu ziehen? ☐ ja ☐ nein ☐ manchmal
6. Bei welchen Problemen konnte Ihnen der Mentor behilflich sein?
☐ Beruf ☐ Alltagsbewältigung ☐ Kontaktknüpfung
☐ Freizeitgestaltung ☐ Überwachung der Medikamentenein-
nahme ☐ Überwachung der ambulanten Weiterbehandlung
☐ Sonstiges
7. Bei welchen Problemen konnte Ihnen der Mentor nicht helfen?
.....
.....
.....
8. Glauben Sie, daß es Ihnen ohne Mentor schlechter gegangen
wäre? ☐ ja ☐ nein
9. Wie verlief der Kontakt mit dem Mentor im Einzelnen?
☐ Führung von Gesprächen ☐ häusliche Hilfeleistung
☐ gemeinsamer Besuch von Veranstaltungen (Kino, Theater, Tanz-
lokale etc.) ☐ Ausflüge ☐ Fernsehen ☐ geselliges Beisamensein
☐ Spiel- und Bastelabende

Fragebogen (Patient) II

Wünschten Sie sich eine andere Person als Mentor?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? (Name und genaue Anschrift, Telefonnummer)

.....

12. Aus welchem Kreis sollte nach Ihrer Meinung der Mentor kommen?

☐ Verwandtschaft ☐ Bekanntschaft ☐ ehrenamtliche Gemeindebürger
☐ Sozialdienste

13. Würden Sie sich im Bedarfsfalle wieder einem Mentor anvertrauen?

☐ ja ☐ nein

14. Ich fühle mich im Augenblick ☐ gesund ☐ leicht angeschlagen

☐ krank ☐ sehr krank

15. Ich bin zur Zeit in ambulanter Behandlung

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? ☐ Allgemeinarzt ☐ Psychiater ☐ sonstiger Facharzt

16. Waren Sie zwischenzeitlich wieder einmal in der Klinik?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft und wo?

17. Nehmen Sie noch Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

Sollten Sie irgendwelche spezielle Probleme in Bezug auf Ihren Mentor haben, die in den Fragen nicht angesprochen wurden, so teilen Sie uns diese kurz mit:

Erstes Anschreiben (Mentoren)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7
8000 München 2
Dr.Dr. Günther, Doktorand Ascher

München, April 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr.....

Dankenswerterweise hatten Sie sich bereit erklärt, bei Frau/Herrn die Nachbetreuung zu übernehmen. In der Zwischenzeit meldeten sich einige Patienten und Betreuer telefonisch oder schriftlich, um über Erfolge und Schwierigkeiten zu berichten.

Im Rahmen einer Nachuntersuchung möchten wir erfahren, wie es in Ihrem Falle gelaufen ist. Es wäre uns eine echte Hilfe, wenn Sie sich bereit erklärten, dabei mitzumachen. Vorallem könnten wir anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung in Zukunft eine noch bessere Nachbetreuung erreichen. Wir legen Ihnen deshalb einen Fragebogen bei, den Sie bitte ausgefüllt wieder an uns zurücksenden mögen. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym und streng vertraulich!

Wir würden uns über Ihre Mitarbeit freuen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr.W. Günther) (Doktorand S. Ascher)

Anlagen: Einverständniserklärung, Fragebogen
Freiumschlag

Erstes Erinnerungsschreiben (Mentoren)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7
8000 München 2
Dr.Dr. Günther, Doktorand Ascher

München, Juni 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Leider erhielten wir auf unser Schreiben vom April keine Antwort, so daß wir Sie höflichst ersuchen würden, an unserer Nachuntersuchung teilzunehmen und den Fragebogen, den wir nochmals beilegen ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Es wäre für uns sehr wichtig, zu erfahren, wie es in Ihrem Falle gelaufen ist. Es soll keinerlei Kontrolle für Ihre Arbeit darstellen. Die Auswertung erfolgt deshalb auch anonym und streng vertraulich!

Möglicherweise haben Sie auch bisher noch keine Zeit gefunden, die Fragen zu beantworten. Sollte der Fragebogen inzwischen an uns abgegangen sein, so betrachten Sie dieses Schreiben als gegenstandslos.

Wir bedanken uns für Ihre Mühen!

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr.W.Günther) (Doktorand S.Ascher)

Anlagen: Fragebogen, Freiumschlag

Zweites Erinnerungsschreiben (Mentoren)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7
8000 München 2
Dr.Dr. Günther, Doktorand Ascher

München, den

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Leider erhielten wir bisher auf zwei Schreiben keinerlei Antwort, so daß wir Sie noch einmal ersuchen, einen der zugesandten Fragebögen auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Wie bereits erläutert, wäre es für uns sehr wichtig, die positiven und negativen Erfahrungen in der Patientenbetreuung zu erfahren, um für die Zukunft Verbesserungen vornehmen zu können. Dies ist aber nur möglich, wenn Sie uns Ihre Erfahrungen mittels des Fragebogens mitteilen. Sollten Sie keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens haben, so teilen Sie uns doch in anderer Form Ihre Erfahrungen mit. Sie dürfen auch anonym bleiben, da es nicht unsere Absicht ist, dadurch eine Kontrolle durchzuführen.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr.W.Günther) (Doktorand S.Ascher)

1. Hatten Sie in der Zeit nach der Klinikentlassung Kontakt mit dem Patienten? a ja o nein
Wenn ja, wie oft? o 1x/Woche o 2x/Woche o öfter
 o 1x/Monat o 2x/Monat
Wenn nein, wieso kam kein Kontakt zustande?
.....
.....
2. Wie lange betreuten Sie den Patienten?
o bis jetzt o ein Monat o 2-3 Monate
o 4-6 Monate o länger als 1/2 Jahr o länger als 1 Jahr
o länger als 2 Jahre
3. War für Sie die Tätigkeit als Mentor eine Belastung?
o ja o nein
Wenn ja, welche? o zeitlich o psychisch
 o Sonstiges
4. Was war das stärkste Problem in der Zusammenarbeit mit dem Patienten? o Ablehnung des Patienten o Nichtbefolgung von Ihren Ratschlägen o Sonstiges
5. Haben Sie das Gefühl, dem Patienten eine echte Hilfestellung geboten zu haben? o ja o nein
6. Äußerte sich der Patient einmal positiv über Ihre Tätigkeit?
o ja o nein
7. Hatten Sie genügend Zeit, sich dem Patienten zu widmen?
o ja o nein o nur gelegentlich
8. Hatten Sie das Gefühl, daß der Patient es als Belastung ansah, Sie bei bestimmten Dingen zu Rate zu ziehen?
o ja o nein o manchmal

9. Wo konnten Sie sich besonders hilfreich zeigen?
o Beruf o Alltagsbewältigung o Kontaktknüpfung
o Freizeitgestaltung o Überwachung der Medikamenten-
einnahme o Überwachung der ambulanten Weiterbehandlung
o Sonstiges
10. Bei welchen Problemen konnten Sie dem Patienten nicht
helfen?
.....
11. Glauben Sie, daß es dem Patienten ohne Sie schlechter ge-
gangen wäre?
o ja o nein
12. Wie verlief der Kontakt zum Patienten?
o Führung von Gesprächen o häusliche Hilfeleistung
o gemeinsamer Besuch von Veranstaltungen (Kino, Theater,
Tanzlokale etc.) o Ausflüge o Fernsehen
o geselliges Beisammensein o Spiel- und Bastelabende
o Sonstiges
13. Möchten Sie den Patienten auch in Zukunft weiterbetreuen?
o ja o nein
Wenn nein, warum?
14. Würden Sie nocheinmal einen Patienten übernehmen?
o ja o nein
Wenn nein, warum nicht?.....
15. Wie beurteilen Sie den Gesundheitszustand des Patienten im
Augenblick?
o gesund o leicht angeschlagen o krank
o schwer krank
16. Steht der Patient im Augenblick in ärztlicher Behandlung?
o ja o nein
Wenn ja, in welcher? o Allgemeinarzt, Internist etc.
o Psychiater

17. War der Patient zwischenzeitlich einmal in der Klinik?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft?

18. Nimmt der Patient noch Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Sollten Sie irgendwelche Probleme haben, so teilen Sie
uns diese kurz mit.

Anschreiben (Kontrollgruppe)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7
8000 München 2
Dr. Dr. Günther, Doktorand Ascher

München, Oktober 1981

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Sicherlich werden Sie überrascht sein, heute von uns ein Schreiben zu erhalten. Unser Anliegen an Sie ist es, eine Meinungsumfrage in Bezug auf die klinische Nachversorgung zu machen.

Um Ihnen die Sache etwas verständlicher zu machen, dürfen wir Ihnen kurz den Hintergrund dieser Aktion erläutern.

Auf der Station von Dr. Dr. Günther wurden seit ca. zwei Jahren ein Teil der Patienten, die es wünschten, bei der Klinik-entlassung mit einem Betreuer ("Mentor") versehen.

Es handelte sich dabei um eine Person aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis, die sich in den "kritischen" Wochen nach der Entlassung verstärkt um den Patienten kümmern sollte.

Wir haben nun bei diesen Patienten und deren Betreuern in- zwischen eine Umfrage gemacht, wie die Betreuung nachher ge- laufen sei und haben ein sehr positives Ergebnis bekommen.

Die meisten Patienten waren äußerst zufrieden, daß sie sofort nach der Entlassung eine Person hatten, die für ihre Probleme da war. Der Betreuer sollte keine Therapie machen, sondern nur bei der Bewältigung des Alltags mithelfen.

Wir wollen nun anhand des beigelegten Fragebogens wissen, ob Sie sich vorstellen könnten, daß Sie, wenn Sie einen solchen Betreuer gehabt hätten, besser zurecht gekommen wären.

Sie brauchen lediglich den beigelegten Fragebogen beantworten und wieder an uns zurückschicken. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym und stellt keine Kontrolle dar. Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und verbleiben mit

freundlichen Grüßen

.....

.....

Erstes Erinnerungsschreiben (Kontrollgruppe)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7

München, den

8000 München 2

Dr. Dr. Günther, Doktorand Ascher

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Vor einigen Wochen sandten wir Ihnen einen Fragebogen zu, mit der Bitte, diesen auszufüllen und wieder an uns zurückzusenden. Leider ist Ihr Fragebogen bisher bei uns nicht eingetroffen, so daß wir annehmen, daß Sie in der Hetze des Alltags einfach darauf vergessen haben. Es wäre aber für uns sehr wichtig, ihre Meinung zu dem Problem der Betreuung von entlassenen Patienten mittels Laienhelfer (Mentoren) zu erfahren.

Deshalb möchten wir Sie ersuchen, den Fragebogen ausgefüllt so bald wie möglich an uns zurückzusenden. Freiumschlag liegt bei! Wir bedanken uns für Ihre Mühen!

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr. W. Günther) (Doktorand Ascher)

Anlagen: Fragebogen, Freiumschlag

Zweites Erinnerungsschreiben (Kontrollgruppe)

Psychiatrische Klinik
der Universität München
Nußbaumstr. 7

8000 München 2

Dr.Dr. Günther, Doktorand Ascher

München, den

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Leider erhielten wir auf die letzten beiden Briefe bisher keine Antwort, so daß wir Sie höflichst noch einmal ersuchen, an unserer Befragung mitzumachen.

Es wäre für uns sehr wichtig, zu wissen inwieweit Interesse und Bedürfnis nach Laiennachsorge besteht. In diesem Sinne wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich noch entschließen könnten unseren Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Es erfolgt selbstverständlich eine anonyme Auswertung, so daß Ihr Name auch nicht auf dem Fragebogen stehen sollte.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Dr.Dr. W. Günther) (Doktorand Ascher)

Fragebogen (Nichtbetreute)

1. Hatten Sie nach der Klinikentlassung manchmal das Gefühl alleine Überfordert zu sein?
☐ ja ☐ nein ☐ manchmal
2. Hätten Sie sich eine Person gewünscht, zu der Sie sich in schwierigen Phasen hätten wenden können?
☐ ja ☐ nein ☐ manchmal
3. Wo hätten Sie eine Hilfestellung brauchen können?
☐ Beruf ☐ Alltagsbewältigung ☐ Kontaktknüpfung
☐ Freizeitgestaltung ☐ Überwachung der Medikamenteneinnahme ☐ Überwachung der ambulanten Weiterbehandlung
4. Glauben Sie, daß es Ihnen mit einem Betreuer besser gegangen wäre?
☐ ja ☐ manchmal ☐ nein
5. Aus welchem Kreis sollte der Betreuer kommen?
☐ Bekanntenkreis ☐ Verwandtenkreis ☐ Sozialdienst
6. Hatten Sie nach der Entlassung eine Person, zu der Sie Vertrauen hatten?
☐ nein ☐ ja
7. Wielange sollte ein Betreuer den Klinikentlassenen betreuen?
☐ 1 Monat ☐ 3 Monate ☐ 1/2 Jahr ☐ je nach Entwicklung der Genesung
8. Würden Sie es für gut halten, wenn jeder, der aus der Klinik kommt eine Person seiner Wahl zur Verfügung gestellt bekommt, die ihm in der schlimmen Anfangsphase beiseite steht?
☐ ja ☐ nein

9. Ist es überhaupt sinnvoll eine Nachbetreuung vorzunehmen?

☐ generell ja ☐ nein ☐ nur in besonderen Fällen

10. Glauben Sie, daß es Ihnen besser gegangen wäre, wenn Sie nach der Klinikentlassung einen Betreuer gehabt hätten?

☐ ja ☐ manchmal ☐ nein

Falls Sie noch persönliche Mitteilungen machen wollen, so können Sie diese auf die Rückseite machen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich, Frau/Herr
erkläre mich bereit, bei der von der Universitätsklinik
München, Psychiatrische Abteilung, durchgeführten Nachsorge-
untersuchung mitzumachen. Ich habe dabei den beiliegenden Brief,
welcher den Sinn und Zweck der Untersuchung erläutert, gelesen.

.....

Antwortschreiben des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. zur Fernsehsendung des ZDF v. 04. Okt. 1982

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fernsehsendung "Gesundheitsmagazin Praxis" am 04. Oktober 1982, die sich unter anderem mit dem Thema "Laienhilfe in der Psychiatrie" befaßte, hatte für den Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. ein unerwartet großes Echo.

Innerhalb weniger Tage erhielten wir ca. 1.500 Zuschriften und Anfragen. Diese Vielzahl von Zuschriften hat uns sehr gefreut, zeigt sie doch, daß die Zielsetzung des Dachverbandes dem Bedürfnis vieler Menschen und vieler Einrichtungen entspricht.

Offensichtlich gibt es eine große Zahl von Menschen in seelischer Not, die sich sehr gerne einer Gruppe anschließen würden, aber aufgrund fehlender Informationen eine solche nicht finden. Andererseits zeigt sich auch, daß es offensichtlich sehr viel mehr Menschen gibt, als man gemeinhin annimmt, die bereit wären, in der Laienhilfe tätig zu werden, wenn sie nur Informationen darüber hätten, wie sie in diese Arbeit einsteigen können. Zum Dritten zeigt sich, daß auch den Kliniken und anderen psychiatrischen Einrichtungen Kenntnisse über Hilfseinrichtungen und Gruppierungen selbst in der näheren Umgebung der Einrichtungen fehlen.

Wir hoffen, daß wir mit Übersendung der Broschüre "Partner sein" allen ein wenig helfen, die nächsten Schritte selber zu tun.

So sehr uns die Flut von Briefen auch gefreut hat, stellt sie die Geschäftsstelle des Dachverbandes doch vor ein großes Problem. Die personelle Besetzung der Geschäftsstelle ist so klein, daß wir unmöglich alle Anfragen sofort beantworten können. Wir möchten deshalb vorab allen die Broschüre "Partner sein" zusenden. Wir wollen auch alle übrigen Anfragen gerne beantworten, aber dies braucht leider seine Zeit. Wir können Sie da nur um etwas Geduld bitten.

Bedanken möchten wir uns bei all denen, die der in der Sendung ausgesprochenen Bitte gefolgt sind und uns das Rückporto beigelegt haben. Daß so viele dieser Bitte gefolgt sind, bedeutet bei der Anzahl der Briefe für uns doch eine erhebliche finanzielle Entlastung. Zum Teil wurde in den Briefen die Bitte ausgesprochen, kostenlos doch recht teure Fachliteratur zu übersenden. Dieser Bitte können wir aus finanziellen Gründen leider nicht entsprechen. Auch wir müssen Fachliteratur kaufen.

Eins in der Sendung vorgestellten Bücher hat offensichtlich ein besonderes Interesse gefunden, war aber so kurz eingeblendet, daß viele nicht den Titel aufnehmen konnten.

Berthold Rothschild: Seelische Notsituationen
Beltzverlag, Weinheim, 1980

Mit der Bitte um ein wenig Geduld und der Hoffnung auf Ihr Verständnis verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen

gez.: Dr. Schöck
Vorsitzende

Wolfgang Zillmer
Geschäftsführer

Merksätze zur Laienhelferaktion für unsere Patienten (nach Haase, 1977, S. 41, 42)

1. Was ist ein Laienhelfer?

Ein Laienhelfer bietet Ihnen aus mitmenschlichen Verpflichtungsgefühlen seine Hilfe an. Diese Hilfe übt er ehrenamtlich und in seiner Freizeit aus. Er ist beruflich nicht vom Fach der Psychiatrie, kann jedoch in Abständen von sechs Wochen an den Laienhelferfortbildungsveranstaltungen in unserer Klinik teilnehmen, um ein besseres Verständnis für die seelischen und nervlichen Erkrankungen zu erlangen.

2. Was kann er für Sie tun?

Der Laienhelfer bietet Ihnen einen Teil seiner Freizeit an für Gespräche, Kontaktsuche, Freizeitgestaltung, Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen. Dadurch wird für Sie die schwierige Zeit nach der Klinikentlassung leichter gemacht, daß Sie jemanden haben, der auf Sie zugeht, aber auch an den Sie sich von sich aus wenden können.

3. Sinn und Zweck eines Patientenclubs

Ein Patientenclub bietet Ihnen eine Gemeinschaft mit ehemaligen Patienten unserer Klinik und interessierten Mitbürgern. Es ist ein Ort, an dem Sie Ihre persönlichen Schwierigkeiten mit anderen Menschen, die vielleicht ähnliche Probleme haben, besprechen können. Hier finden Sie wertvolle Anregungen. Er dient aber auch ganz einfach dem Kontakt und der sinnvollen Freizeitgestaltung.

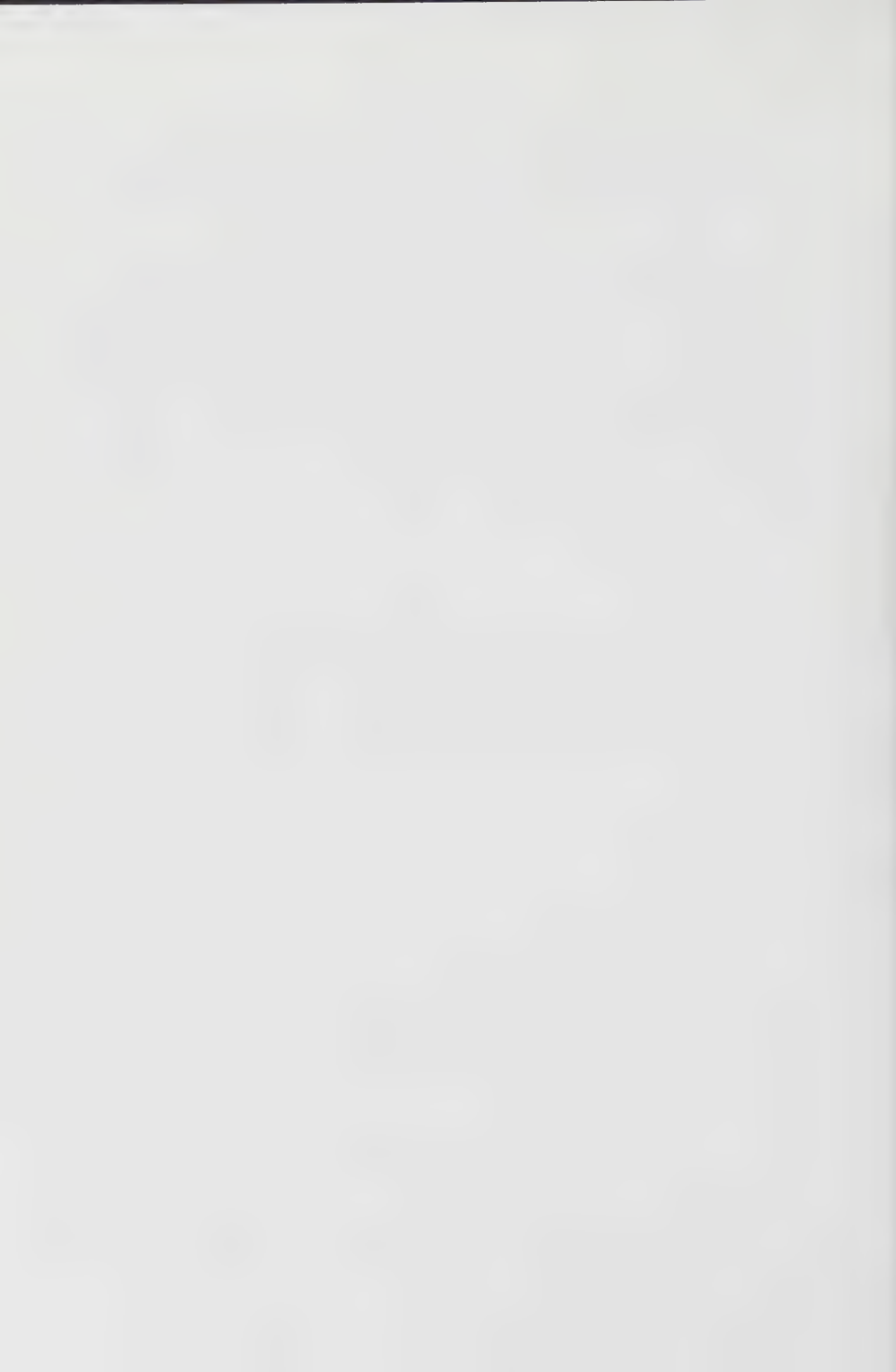
4. Für wen ist ein Laienhelfer sinnvoll?

Ein Laienhelfer ist sinnvoll für alle alleinstehenden Patienten, damit sie nicht nach der Entlassung wieder in ihre alte

Isolation geraten, aber auch für alle, die mehr Kontakte wünschen und bei dieser Suche eine Hilfe brauchen.

5. Wie komme ich zu einem Laienhelfer und wie zu einem Patientenclub

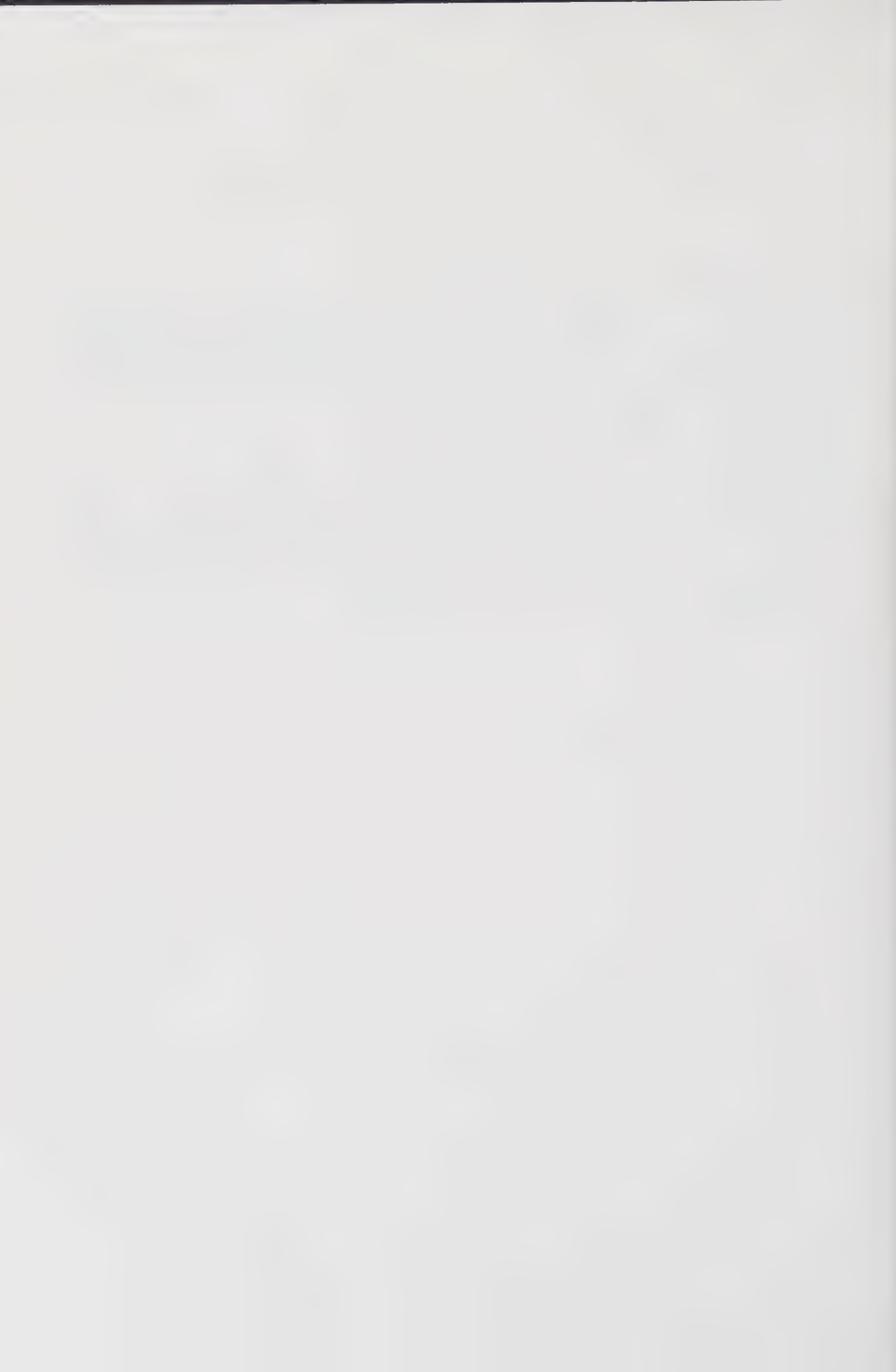
Wenn Sie meinen, einer der genannten Punkte könnte Sie interessieren, so wenden Sie sich an Ihre Stationsschwester oder -pfleger, die dann Ihre Wünsche weiterleiten.



D a n k s a g u n g

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Dr.med. Dr.rer.soc., Dipl.Psych. W. Günther für die freundliche Überlassung des Themas und die wissenschaftlichen und methodischen Ratschläge sowie für die unermüdliche Hilfe und Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit bedanken.

Weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr.med. J. Kugler für das freundlicherweise übernommene Referat, sowie Herrn Prof. Dr.med. H. Hippus für die Ermöglichung der Durchführung der Untersuchung an der Psychiatrischen Klinik der Universität München und die freundliche Übernahme des Korreferates.



L e b e n s l a u f

Ascher Sigfried, geboren am 03.05.1954 in Burreit, Krs. Rosenheim;

Vater: Ascher Josef, Landwirt, gest. 1966;

Mutter: Ascher Maria, geb. Purreiter;

Geschwister: Keine;

Schulbesuche: 1960 - 1967 Volksschule Lengmoos,
1967 - 1974 Camerloher Gymnasium Freising
(musisches Gymnasium),
Abschluß: Abitur, 1974;

Studium: 1974 - 1976 vier Semester Jura, LMU München,
1976 - 1983 13 Semester Medizin und weitere sechs
Semester Jura(Doppelstudium), LMU München,
Abschluß: Humanmedizin mit 3. Staatsexamen
im Mai 1983 abgeschlossen,
in Jura sämtliche Scheine für die Zu-
lassung zum 1. Staatsexamen erworben;

Familiäre Situation: Seit 24. März 1983 verheiratet, ein Kind;

Berufliche Situation: Seit August 1983 als wehrpflichtiger Stabs-
arzt bei der Bundeswehr; ab 1. April 1985 als
Zeitsoldat (SaZ 5) verpflichtet; derzeit
noch als Truppenarzt tätig.



